Sub egida Academiei Oamenilor de Știință din România

MEDICA ACADEMICA

Un produs Tarus Media
SEPTEMBRIE 2011
An III ● Nr. 20

Publicație creditată cu:
● 5 credite CMR/abonament anual
● 20 ore EMC/chestionar completat de medici
● 10 ore EFC/abonament anual
Categoria CNCSIS: D

HORAȚIU SUCIU
Chirurgul inimilor bebelușilor

FLORIN AMZICĂ
Celulele creierului, privite de aproape

90 de ani de la descoperirea insulinei

Factori de stres implicați în profesiile medicale

Preț 9,5 RON

Prof. dr. Mircea Beuran

Soldat pe frontul de urgență

Scanned with OKEN Scanner

Conferința Internațională

Managementul Bolilor Cronice

Investiția în calitatea sănătății

Ediția a 3-a, 6-7 octombrie 2011, București

TARUS Media
HEALTH EVENTS

Teme

- Cum creștem calitatea îngrijirilor și cum optimizăm costurilor acestor îngrijiri?
- Care sunt soluțiile de urmat din țări cu tradiție în managementul bolilor cronice, și care nu ?
- Cum trebuie implicați pacienții în autoîngrijiri?
- Cum vor reuși toți profesioniștii din sănătate să colaboreze în vederea unui management performant al bolilor cronice?

PLUS

Sesiune specială

HTA (health technology assessment) și îmbunătățirea calității îngrijirilor

- HTA în România: cine ar putea beneficia?
- HTA în Medicina bazată pe dovezi
- Funcționarea sistemului de rambursare în contextul schimbărilor economice: nevoie de HTA
- În căutarea modelelor ideale de HTA

Speakeri străini confirmați

Dr. Ellen NOLTE, Director, Health and Healthcare Policy Programme, RAND Europa

Françoise CLUZEAU, Senior Adviser NICE International (National Institute for Clinical Excellence, NHS Organization), Marea Britanie

Dr. Lucy REYNOLDS, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Marea Britanie

Partener Gold

AMGEN

Partener

AstraZeneca

UN EVENIMENT UNIC ŞI DE IMPORTANȚĂ MAJORĂ PENTRU PROFESIONIŞTII DIN SĂNĂTATE

Pentru detalii contactați:
Alexandra PAIU
Conference counselor
0745 644 077
alexandra.paiu@tarus.eu

www.tarusmedia.ro

Scanned with OKEN Scanner

Măsura ineficienței noastre

DELIA BUDURCĂ

redactor șef
delia.budurca@tarus.eu

Avem 900 de copii cu cord congenital pe care nu reușim să îi operăm în țară. Pentru că nu avem suficienți specialiști care să facă asta. Dar și pe cei pe care îi avem, în loc să îi ajutăm și să le oferim toate condițiile să își facă treaba, îi incomodăm, îi obstrucționăm și, uneori, chiar "le dăm la cap", într-o tradiție românească de mahala de care nu reușim să ne mai dezbărăm.

Deci, în loc să operăm micuții noștri la costuri de 5.000 de euro în România, îi trimitem în străinătate unde se operează cu costuri între 20.000 și 50.000 de euro.

"Părinții cad în genunchi să le operez copilașii, iar eu le spun că n-am paturi și asistente", spune în cadrul unui interviu acordat revistei noastre unul din chirurgii cu mâini de aur – poate fi o expresie tocită, dar e cât se poate de potrivită – care operează nou-născuți cu malformații cardiace. Nu reușește să opereze decât 200, dar conform bugetului nu ar trebui să opereze decât 63.

Deci unul la patru zile!!!???

Eu personal nu înțeleg cum ne privim și folosim resursele. De ce nu le prețuim și le valorificăm la maxim, mai ales în condițiile de sărăcie în care se află sistemul.

Îmi amintesc de o discuție dintr-un serial american cu medici, în care un chirurg important pentru spital avea o problemă neurologică care îi afecta performanțele, și nu se hotăra dacă să se opereze sau nu. Și managerul îi spune: "Când ai niște mâini care valorează două milioane de euro, e de datoria ta să te operezi și să rezolvi problema!". Pentru că era o problemă a spitalului!

Ce facem noi, cu mâinile noastre, cele care valorează milioane de euro? <<<

Scanned with OKEN Scanner

sumar

leadership

Prof. dr. MIRCEA BEURAN, spitalul Floreasca

Soldat pe frontul de urgență

10

leadership

Conf. dr. HORAȚIU SUCIU, spitalul Tg. Mureș

Un șir de 1400 de copii salvați

14

români în lume

FLORIN AMZICĂ Universitatea din Montreal

Celulele creierului, privite de aproape

18

excelență medicală

BPOC-ul vârstnicului - un altfel de BPOC?

22

news 6

leadership
Prof. dr. Mircea Beuran
Soldat pe frontul de urgență 10
Conf. dr. Horațiu Suciu
Un șir de 1400 de copii salvați 14

români în lume
Prof. Florin Amzică
Universitatea din Montreal
Celulele creierului, privite de aproape 18

excelență medicală
BPOC-ul vârstnicului - un altfel de BPOC? (II) 22

90 ani de la descoperirea insulinei: în căutarea cauzei primare a diabetului zaharat 26

Urolitiaza. O boală veche! Un tratament modern! 30

Dermatoscopia leziunilor cutanate pigmentare melanocitare. Analiza configurației morfologice 32

Factori de stres implicați în profesiile medicale 36

O altă formă de rezistență la medicamente – Anticorpii inhibitori antifactor VIII în hemofilie 40

strategii în sănătate
Bretelele lui Marius Tucă 42

Spitale - fundații și multe case private care aleargă după pacienții cu bani 44

Precaritatea și sănătatea - o perspectivă psihosociologică 46

Germania – țara cu cel mai vechi sistem de asigurări de sănătate din Europa 48

Scanned with OKEN Scanner

excelenţă medicală

90 ani de la descoperirea insulinei: în căutarea cauzei primare a diabetului zaharat

26

excelenţă medicală

Factori de stres implicaţi în profesiile medicale

36

strategii în sănătate

Precaritatea şi sănătatea - o perspectivă psihosociologică

46

business

REVIDOX, soluţia tinereţii în viitor

52

replici inconfortabile
Oare doar aceasta să fie cauza? 50

business
Dr. Dana Stănciulescu recomandă:
REVIDOX, soluţia tinereţii în viitor 52

business – cariere
Politica paşilor mărunţi 54

lex medica
Eficientizarea procedurii de trimitere la tratament în străinătate a bolnavilor care nu pot fi trataţi în România 57

vox patientis
Asociaţia Pacienţilor cu Afecţiuni Autoimune – informare şi consiliere pentru 80 de boli 58

comunicare
Cum se face prezentarea de caz
V. Drepturile pacientului 60

bibliofilie
„Compendiu de tuberculoză" cartea a trei generaţii 63

pantheon
Maria Cutzarida-Crăţunescu – prima femeie medic din România 65

opiniile cititorilor 66

Board Consultativ:

Prof. dr. **Costache Andone**, Prof. dr. **Rodica Anghel**, Prof. dr. **Petru Armean**, Prof. dr. **Ion Aşchie**, Prof. dr. **Constatin Bălăceanu-Stolnici**, Prof. dr. **Ileana Benga**, Prof. dr. **Mircea Beuran**, Prof. dr. farm. **Marius Bojiţă**, Prof. dr. **Alexandru Bucur**, Prof. dr. **Vasile Burlui**, Prof. dr. **Vasile Cândea**, Prof. dr. **Constatin Ciuce**, Prof. dr. **Alexandru Vlad Ciurea**, Prof. dr. **Tudorel Ciurea**, Conf. dr. farm. **Ileana Cojocaru**, Prof. dr. **Nicolae Constantinescu**, Prof. dr. **Constantin Copotoiu**, Conf. dr. **Cătălin Copăescu**, Prof. dr. **Gheorghe-Andrei Dan**, Prof. dr. **Radu Deac**, Prof. dr. farm. **Titica Dogaru**, Prof. dr. **Cristian Dragomir**, Prof. dr. **Carmen Gingh**, Prof. dr. **Nicolae Gorun**, Prof. dr. **Mircea Grigorescu**, Prof. dr. **Ioan Ieţcu**, Prof. dr. **Mircea Ifrim**, Prof. dr. **Constantin Ionescu-Târgovişte**, Prof. dr. **Dezideriu Laky**, Prof. dr. **Fulger Lazăr**, Prof. dr. **Mihai Lucan**, Prof. dr. farm. **Dumitru Lupuli**, Prof. dr. **Mircea Olteanu**, Prof. dr. **Ludovic Păun**, Prof. dr. **Virgil Păunescu**, Prof. dr. **Gheorghe Peltecu**, Prof. dr. **Dan Poenaru**, Prof. dr. **Irinel Popescu**, Prof. dr. **Virgil Răzeşu**, Prof. dr. **Ioan Romoşan**, Prof. dr. **Dan Sabău**, Prof. dr. **Adrian Săftoiu**, Prof. dr. **Vasile Sârbu**, Prof. dr. **Margit Şerban**, Prof. dr. **Vlad Tica**, Prof. dr. **Cristian Vlădescu**, Prof. dr. **Mihai Voiculescu**

Redacţia:

Preşedinte Tarus Group:
Valentin Tarus,
valentin.tarus@tarus.eu

Director General:
Maria Vasilescu,
maria.vasilescu@tarus.eu

Redactor şef:
Delia Budurcă,
delia.budurca@tarus.eu

Redactori:
Raluca Băjenaru, *raluca.bajenaru@tarus.eu*
Contesina Manole, *contesina.manole@tarus.eu*

Colaboratori:
Prof. **Traian Mihăescu,**
Dr. **Mircea Olteanu,**
Irinel Rădulescu, *irinel.radulescu@tarus.eu*

Departament marketing& vânzări:
Ionuţ Munteanu, *ionut.munteanu@tarus.eu*
Alexandra Paiu, *alexandra.paiu@tarus.eu*
Alin Şeică, *alin.seica@tarus.eu*

Departament PR:
Georgiana Tăcutu, *georgiana.tacutu@tarus.eu*

Art Director: **Adrian Baltag**
Pre-press: **Top O'Rush Graphic Design**
Tipărit la: **Master Print Super Offset**
office@masterprint.ro

MEDICA ACADEMICA
este creditată cu:
5 credite CMR/abonament anual
20 ore EMC – chestionar completat de medici
10 ore EFC/abonament anual
ISSN 2067 - 0605 **ISSN 2068 - 1747**

Publisher TARUS Media
Adresa: *Bd. Metalurgiei, nr 78, Bucureşti Tel/fax:021-3210190*

Scanned with OKEN Scanner

Genă mutant care produce aneuploidie

Cercetătorii de la Georgetown Lombardi Comprehensive Cancer Center (SUA) au identificat o genă care, de obicei, suferă mutaţii în cazurile de cancer şi au demonstrat rolul său direct în cauzarea aneuploidiei, apariţia unui număr anormal de cromozomi, potrivit *Science*. Oamenii de ştiinţă au descoperit că 20% dintre mostrele de cancer cerebral, de piele sau osos examinate nu produceau proteina STAG2, de obicei din cauza lipsei sau a mutaţiei genei STAG2. Această genă reglementează separarea cromozomilor replicaţi în timpul diviziunii celulare, ceea ce înseamnă că dacă a fost dezactivată printr-o mutaţie, cresc riscurile ca, în cursul procesului de diviziune, celulele să distribuie un număr inegal de cromozomi celulelor nou-create. La rândul lor, având prea puţini sau prea mulţi cromozomi, celulele noi sunt mai expuse probabilităţii de a evolua spre cancer. "Cercetătorii caută de foarte mult timp baza genetică a aneuplodiei în cazul celulelor canceroase, iar studiul nostru oferă informaţii noi, substanţiale, despre acest proces", a declarat prof. Todd Waldman. "În tipurile de cancer studiate, mutaţiile STAG2 par să fie primul pas în transformarea unei celule normale într-una canceroasă. Acum vrem să vedem dacă STAG2 suferă mutaţii şi în cancerul de sân, colon sau plămâni", a adăugat acesta. Studiul ar putea oferi noi direcţii pentru dezvoltarea unei terapii împotriva cancerului, potrivit autorului principal al studiului, dr. David Solomon, care a menţionat că încearcă să găsească un medicament care să ucidă celulele canceroase cu mutaţii STAG2. După identificarea mutaţiilor STAG2, cercetătorii au folosit terapia genică pentru a corecta mutaţiile, reuşind să facă rectificări în celule de glioblastom. Când mutaţiile STAG2 au fost corectate, numărul cromozomilor s-a stabilizat, oferind încă o dovadă că mutaţia respectivă era cauza aneuploidiei. *(R.B.)* <<<

Rate mai mari de cofinanţare a fondurilor UE pentru redresarea economiei

Comisia Europeană a stabilit o serie de măsuri care ar trebui să aducă o contribuţie semnificativă la relansarea economiilor a şase state europene – Grecia, Irlanda, Portugalia, România, Letonia şi Ungaria - care se confruntă cu cele mai mari dificultăţi economice, potrivit siteului reprezentanţei CE în România. Conform propunerii, aceste state vor putea să-şi diminueze contribuţia la proiectele pe care le cofinanţează în prezent împreună cu UE. Comisia pune la dispoziţia statelor menţionate o cofinanţare UE suplimentară, astfel încât statele menţionate vor putea să-şi diminueze contribuţia dedicată cofinanţării; în acest mod, programele care nu au fost încă executate din lipsă de fonduri naţionale vor putea fi lansate. „Accelerarea utilizării acestor fonduri, împreună cu programele de asistenţă financiară demonstrează angajamentul Comisiei de a impulsiona prosperitatea şi competitivitatea ţărilor cel mai grav afectate în urma crizei financiare – contribuind în acest mod la un fel de „Plan Marshall" pentru redresarea economică. Invit Parlamentul European şi Consiliul să aprobe de urgenţă această decizie, pentru ca fondurile să ajungă pe teren până în cursul primei părţi a anului următor", a declarat José Manuel Barroso, Preşedintele Comisiei Europene.

Măsura nu reprezintă o finanţare suplimentară, ci permite plata anticipată a unor fonduri deja alocate în cadrul politicilor UE privind coeziunea, dezvoltarea rurală şi pescuitul. Contribuţia UE va creşte până la o valoare maximă de 95% dacă acest lucru va fi solicitat de statele în cauză. Comisia va cere Consiliului şi Parlamentului European să adopte propunerea printr-o procedură accelerată până la sfârşitul lui 2011. Măsura are o natură excepţională şi temporară şi va lua sfârşit de îndată ce statele membre în cauză vor înceta să primească fonduri în cadrul programelor de asistenţă financiară. Impactul maxim preconizat este de 2,8 miliarde de euro, din care pentru România 714 milioane de euro. *(D.B.)* <<<

Terapie celulară pentru Alzheimer

O echipă de cercetători de la Charité - Universitätsmedizin Berlin şi Universitätsklinik Freiburg au documentat modul în care sistemul imunitar poate contracara evoluţia bolii Alzheimer. Aceştia au demonstrat că anumite celule macrofage (având proprietatea de a ingera şi distruge celule lezate sau bătrâne) joacă rolul cheie în acest demers şi că proteine semnalizatoare, chemokine, mediază procesul de apărare, potrivit unui articol publicat în *Journal of Neuroscience*. De zece ani, cercetătorii investighează rolul exact al macrofagelor în bolile neurodegenerative. „Acestea pot reduce depozitele nocive din creier care sunt cauza bolii Alzheimer", a explicat prof. Josef Priller, director al Departamentului de neuropsihiatrie la Campus Charité Mitte, şeful echipei de cercetare. Folosind un model animal, cercetătorii au reuşit să identifice care subset de macrofage este responsabil pentru reducerea depozitelor. Contrar opiniilor academice anterioare, această acţiune de apărare nu poate fi gestionată de celulele imune ale creierului – microgliile, acestea fiind afectate de procesul patologic. În schimb, macrofage specializate, derivate din măduva osoasă, sunt activate şi direcţionate spre creier pentru a înătura depozitele toxice. În cadrul cercetărilor, oamenii de ştiinţă au identificat un nou tip de chemokină. Rezultatele stau la baza unei abordări complet noi a tratamentului bolii Alzheimer. „Pe viitor, sperăm să putem trimite celulele specializate în creier şi să accelerăm astfel reducerea depozitelor care generează Alzheimer", a spus prof. Priller. *(Raluca Băjenaru)* <<<

Scanned with OKEN Scanner

Ladislau Ritli, noul ministru al Sănătății

Noul ministru al Sănătății este Ladislau Ritli, iar odată cu începerea mandatului său, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) va trece în subordinea Ministerului Sănătății, activitatea sa urmând să fie coordonată de un secretar de stat, a anunțat premierul Emil Boc, menționând că propunerea a venit din partea UDMR. Premierul a mai adăugat că așteaptă de la noul ministru al Sănătății continuarea reformelor, cum ar fi elaborarea, adoptarea și implementarea pachetului de servicii minimale, adoptarea taxei clawback și implementarea cardului național de sănătate, a prescripției electronice și a fișei electronice a pacientului, precum și impunerea medicației generice. "Vreau să înțelegeți ceea ce predecesorul dumneavoastră nu a înțeles, că nu se pot da alți bani la sănătate până când nu închidem robinetele prin care se scurg bani de la sănătate, dar nu înspre bolnavi, ci înspre alte direcții", a declarat președintele Traian Băsescu la evenimentul de investire în funcție a noului ministru.

Fostul ministru, Attila Cseke, a demisionat din funcție pe 4 august, justificându-și gestul prin nemulțumirea față de banii primiți de ministerul Sănătății la rectificarea bugetară. Ministrul demisionar și-a disputat cu șeful CNAS, Lucian Duță, controlul bugetului coordonat de instituție.

Ladislau Ritli s-a născut la Oradea, pe 8 iunie 1948 și a absolvit Facultatea de Medicină din Timișoara în 1973, ca șef de promoție. A fost director al Spitalului Teritorial Orășenesc Ștei între 1978-1986, apoi medic inspector la Direcția Sanitară Bihor până în 1990, când a devenit director adjunct al Spitalului de Copii Oradea. Între 1997 și 2009 a condus DSP Bihor. Noul ministru este specialist în pediatrie, oncologie și hematologie, conferențiar la Facultatea de Medicină și Farmacie din cadrul Universității din Oradea. Din 2010 este director medical al Spitalului Municipal "Dr. Gavril Curteanu" din Oradea. ***(Raluca Băjenaru)*** <<<

Ranbaxy a lansat un antineoplazic generic

Ranbaxy a lansat în Marea Britanie, România și Franța tabletele Letrozole 2,5 mg, un medicament antineoplazic indicat în tratamentul cancerului la sân, imediat după ce medicamentul a devenit generic. Medicamentul lansat este bioechivalentul pentru Femara, produsul inovator de la Novartis, cu vânzări de 58 mil. dolari în Marea Britanie (2010), 95 mil. dolari în Franța (2011) și 5,5 mil. dolari în România (2010). "Suntem încântați să introducem Letrozole cu prima oportunitate valabilă în Anglia, România și Franța, cu viziunea de a lărgi accesul la medicație. Produsul va aduce beneficii sistemelor de sănătate pe aceste piețe europene", a spus Debashis Dasgupta, director regional Ranbaxy Europe. Compania indiană are clienți în peste 125 de țări, operațiuni în peste 46 de țări și capacități de producție în șapte țări. Ranbaxy este membru al Daiichi Sankyo Group. ***(D.B.)*** <<<

Economii de 150 de mil. lei anual prin schimbarea metodologiei de calcul pe lista C2

Ministerul Sănătății a modificat metodologia de calcul a prețurilor de decontare pentru medicamentele care se acordă gratuit bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate, astfel încât să fie încurajat consumul de medicamente generice, se arată într-un comunicat de presă al instituției. Aplicarea noilor măsuri ar putea aduce economii de aproximativ 150 de milioane lei anual în cadrul programelor de sănătate.

Forma finală a Ordinul ministrului Sănătății privind aprobarea Listei și prețurilor de decontare cuprinde o parte dintre propunerile și observațiile primite în cele aproximativ două luni de dezbateri publice, se menționează în comunicatul Ministerului.

"Deoarece sunt medic și pentru mine pacienții sunt cei mai importanți, de la început aș vrea să subliniez că bolnavii tratați în cadrul programelor naționale de sănătate vor beneficia, ca și până în prezent, de tratament gratuit. În ultimii ani, consumul medicamentelor pentru boli cronice a crescut în raport cu fondurile pe care le avem disponibile. Vrem să încurajăm folosirea medicamentelor generice, adică a acelor medicamente cu costuri mai mici, dar cu efecte terapeutice similare cu ale medicamentelor inovative", a declarat Ladislau Ritli, ministrul Sănătății.

În cazul în care un medicament inovativ din lista C2 nu are un generic corespondent, atunci acesta va fi decontat 100%, ca și până în prezent. În cazul în care pe lista C2, pe lângă medicamentul inovativ există mai multe medicamente generice cu aceeași substanță activă, conform noilor prevederi, începând cu data de 1 septembrie a.c., toate acestea se vor deconta la un preț de maxim 120% față de prețul cu amănuntul (din farmacie) al celui mai ieftin medicament. Astfel, decontarea tratamentelor necesare bolnavilor cronici va putea fi susținută în continuare de către autoritățile sanitare.

Conform primelor calcule realizate de reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în urma aplicării noilor măsuri se vor putea realiza economii în valoare de aproximativ 150 milioane lei/anual în cadrul programelor de sănătate, ceea ce va permite Ministerului Sănătății să poată susține costurile necesare asigurării, în continuare a acestor medicamente în mod gratuit.

În Lista C2 sunt incluse peste 1400 medicamente necesare tratamentului unor boli cronice, care corespund la aproximativ 400 denumiri comune internaționale. *(Raluca Băjenaru)* <<<

Scanned with OKEN Scanner

Pradaxa, pentru prevenția AVC în fibrilația atrială

Comisia Europeană a aprobat la începutul lunii august un anticoagulant oral, Pradaxa (dabigatran etexilat), dezvoltat de compania germană Boehringer Ingelheim, cu indicație în prevenția accidentelor vasculare cerebrale (AVC) și a emboliei sistemice la pacienții adulți cu fibrilație atrială non-valvulară, cu unul sau mai mulți factori de risc.

La Congresul Societății Europene de Cardiologie, care a avut loc la Paris la sfârșitul lunii august, prof. Paul Dorian (Canada) (*foto*) a prezentat experiența clinică cu Pradaxa, dat fiind că în Canada, Statele Unite și Japonia, unde este aprobat de acum 10 luni, peste 350.000 de pacienți au luat acest produs. El a subliniat ușurința cu care pacienții au acceptat trecerea la Pradaxa.

„Aprobarea dabigatran etexilat în Europa constitule un progres semnificativ. În ultimii 50 de ani, medicii din întreaga lume au așteptat descoperirea unei alternative la terapiile cu antagoniști ai vitaminei K precum warfarina, folosită vreme îndelungată ca tratament standard", a spus prof. Gregory Lip, profesor la Univ. Birmingham.

Fibrilația atrială crește de cinci ori riscul accidentelor vasculare cerebrale, trei milioane de persoane din întreaga lume suferind în fiecare an un AVC datorat fibrilației atriale, arată statisticile Atrial Fibrillation Association.

"Evenimentele de AVC datorate FA sunt deosebit de severe și debilitante, circa jumătate dintre pacienți decedând în decurs de un an de la suferirea unui AVC", a spus Trudie Lobban, director general executiv al organizației.

În 2008 dabigatran etexilat a fost aprobat în UE pentru prevenția evenimentelor tromboembolice venoase primare la pacienții adulți care au suferit intervenții chirurgicale de înlocuire electivă totală a șoldului sau a genunchiului.

O nouă indicație, aflată în studiu, privește utilizarea produsului la pacienții cu valve cardiace, în această toamnă urmând să înceapă un studiu clinic de fază II, numit RE-ALIGN, care va evalua dozajul de 150 mg și pe cel de 300 mg, a explicat prof. Frans Van de Werf, de la univ. Leuven, Belgia.

Studiu clinic pe 18.000 de pacienți

Aprobarea Pradaxa se bazează pe rezultatele unui studiu clinic, RE-LY, care a înrolat 18.000 de pacienți din 900 de centre din 44 de țări. Studiul a comparat două doze fixe de dabigatran etexilat, un inhibitor direct oral de trombină (110 mg și 150 mg de două ori pe zi), administrat „orb", cu warfarina în dozaj deschis.

Dabigatran etexilat 150 mg de două ori pe zi este singurul anticoagulant oral de nouă generație aprobat în Europa ce s-a dovedit superior tratamentului bine controlat cu warfarină (mediana timpului în fereastra terapeutică TTR 67%), reducând riscul de AVC și de embolie sistemică cu 35%, fiind reduse semnificativ, în același timp, riscul sângerărilor cu risc letal sau a celor intracraniene.

Danemarca este prima țară europeană care a aprobat compensarea dabigatran etexilat pentru indicația de prevenție a accidentelor vasculare cerebrale în fibrilația atrială, pentru pacienții eligibili. „Aprobarea dabigatran etexilat în Europa reprezintă un moment important în istoria Boehringer Ingelheim, precum și în efortul nostru susținut de a îmbunătăți prevenția accidentului vascular cerebral, o boală care continuă să reprezinte o vastă nevoie medicală neacoperită," a spus prof. Andreas Barner, președinte al Consiliului Director al Boehringer Ingelheim, care a menționat că medicamentul este rezultatul a aproape 20 de ani de cercetare.

Efectul antitrombotic puternic al dabigatran etexilat este obținut cu ajutorul inhibitorilor direcți de trombină prin blocarea specifică a activității trombinei, enzima cu rol principal în procesul de formare a cheagului sangvin. Spre deosebire de antagoniștii vitaminei K, ce acționează diferit, variabil, asupra altor factori ai coagulării, dabigatran etexilat asigură un profil anticoagulant predictibil, cu un potențial scăzut de interacțiuni medicamentoase, și nu necesită monitorizarea coagulării sau ajustarea dozei.

FA afectează un sfert dintre persoanele peste 40 de ani

Fibrilația atrială este cea mai frecventă tulburare de ritm cardiac, afectând aproximativ 1% din populația totală, una din patru persoane cu vârsta peste 40 de ani având această afecțiune. Procentul crește până la 10% la pacienții peste 80 de ani. La nivel mondial, circa trei milioane de persoane suferă un accident vascular cerebral datorat FA în fiecare an. ***(Delia Budurcă)***

Scanned with OKEN Scanner

Pradaxa, pentru prevenția AVC în fibrilația atrială

Comisia Europeană a aprobat la începutul lunii august un anticoagulant oral, Pradaxa (dabigatran etexilat), dezvoltat de compania germană Boehringer Ingelheim, cu indicație în prevenția accidentelor vasculare cerebrale (AVC) și a emboliei sistemice la pacienții adulți cu fibrilație atrială non-valvulară, cu unul sau mai mulți factori de risc.

La Congresul Societății Europene de Cardiologie, care a avut loc la Paris la sfârșitul lunii august, prof. Paul Dorian (Canada) (*foto*) a prezentat experiența clinică cu Pradaxa, dat fiind că în Canada, Statele Unite și Japonia, unde este aprobat de acum 10 luni, peste 350.000 de pacienți au luat acest produs. El a subliniat ușurința cu care pacienții au acceptat trecerea la Pradaxa.

„Aprobarea dabigatran etexilat în Europa constituie un progres semnificativ. În ultimii 50 de ani, medicii din întreaga lume au așteptat descoperirea unei alternative la terapiile cu antagoniști ai vitaminei K precum warfarina, folosită vreme îndelungată ca tratament standard", a spus prof. Gregory Lip, profesor la Univ. Birmingham.

Fibrilația atrială crește de cinci ori riscul accidentelor vasculare cerebrale, trei milioane de persoane din întreaga lume suferind în fiecare an un AVC datorat fibrilației atriale, arată statisticile Atrial Fibrillation Association.

"Evenimentele de AVC datorate FA sunt deosebit de severe și debilitante, circa jumătate dintre pacienți decedând în decurs de un an de la suferirea unui AVC", a spus Trudie Lobban, director general executiv al organizației.

În 2008 dabigatran etexilat a fost aprobat în UE pentru prevenția evenimentelor tromboembolice venoase primare la pacienții adulți care au suferit intervenții chirurgicale de înlocuire electivă totală a șoldului sau a genunchiului.

O nouă indicație, aflată în studiu, privește utilizarea produsului la pacienții cu valve cardiace, în această toamnă urmând să înceapă un studiu clinic de fază II, numit RE-ALIGN, care va evalua dozajul de 150 mg și pe cel de 300 mg, a explicat prof. Frans Van de Werf, de la univ. Leuven, Belgia.

Studiu clinic pe 18.000 de pacienți

Aprobarea Pradaxa se bazează pe rezultatele unui studiu clinic, RE-LY, care a înrolat 18.000 de pacienți din 900 de centre din 44 de țări. Studiul a comparat două doze fixe de dabigatran etexilat, un inhibitor direct oral de trombină (110 mg și 150 mg de două ori pe zi), administrat „orb", cu warfarina în dozaj deschis.

Dabigatran etexilat 150 mg de două ori pe zi este singurul anticoagulant oral de nouă generație aprobat în Europa ce s-a dovedit superior tratamentului bine controlat cu warfarină (mediana timpului în fereastra terapeutică TTR 67%), reducând riscul de AVC și de embolie sistemică cu 35%, fiind reduse semnificativ, în același timp, riscul sângerărilor cu risc letal sau a celor intracraniene.

Danemarca este prima țară europeană care a aprobat compensarea dabigatran etexilat pentru indicația de prevenție a accidentelor vasculare cerebrale în fibrilația atrială, pentru pacienții eligibili. „Aprobarea dabigatran etexilat în Europa reprezintă un moment important în istoria Boehringer Ingelheim, precum și în efortul nostru susținut de a îmbunătăți prevenția accidentului vascular cerebral, o boală care continuă să reprezinte o vastă nevoie medicală neacoperită," a spus prof. Andreas Barner, președinte al Consiliului Director al Boehringer Ingelheim, care a menționat că medicamentul este rezultatul a aproape 20 de ani de cercetare.

Efectul antitrombotic puternic al dabigatran etexilat este obținut cu ajutorul inhibitorilor direcți de trombină prin blocarea specifică a activității trombinei, enzima cu rol principal în procesul de formare a cheagului sangvin. Spre deosebire de antagoniștii vitaminei K, ce acționează diferit, variabil, asupra altor factori ai coagulării, dabigatran etexilat asigură un profil anticoagulant predictibil, cu un potențial scăzut de interacțiuni medicamentoase, și nu necesită monitorizarea coagulării sau ajustarea dozei.

FA afectează un sfert dintre persoanele peste 40 de ani

Fibrilația atrială este cea mai frecventă tulburare de ritm cardiac, afectând aproximativ 1% din populația totală, una din patru persoane cu vârsta peste 40 de ani având această afecțiune. Procentul crește până la 10% la pacienții peste 80 de ani. La nivel mondial, circa trei milioane de persoane suferă un accident vascular cerebral datorat FA în fiecare an. ***(Delia Budurcă)*** <<<

Scanned with OKEN Scanner

Diagnostic mai rapid pentru **tuberculoză**

Cercetătorii au descoperit o metodă mai rapidă şi mai ieftină de diagnosticare a tuberculozei, prin folosirea unor microcalorimetre, iar rezultatele au apărut în publicaţia *Journal of Applied Microbiology*.
Metodele de diagnostic utilizate până în prezent sunt lente, impicând creşterea şi examinarea Mycobacterium tuberculosis în laborator, proces care poate dura până la 57 de zile. Recent, au fost dezvoltate şi alte metode mai rapide pentru obţinerea unui diagnostic, însă acestea sunt foarte scumpe şi nu pot fi aplicate în ţările aflate în curs de dezvoltare. Dr. Olivier Braissant şi echipa sa au folosit un microcalorimetru pentru a determina creşterea bacteriei, metodă care s-a dovedit a fi mai rapidă decât creşterea bacteriei în laborator, timpul necesar investigaţiei – între cinci şi 12 zile – fiind aproximativ egal cu cel al metodelor mai scumpe de diagnostic.
Microcalorimetrele, cum ar fi cel folosit pentru cercetare, măsoară căldura eliberată în timpul proceselor chimice, fizice sau biologice şi transformă creşterea de temperatură într-un semnal electric care poate fi amplificat şi înregistrat de un computer. Acesta produce o amprentă grafică specifică fiecărei specii de bacterii. Mai multe mostre de la aceeaşi persoană pot fi testate în acelaşi timp, ceea ce înseamnă că se poate testa şi reacţia bacteriei la medicamente.
Un microcalorimetru costă aproximativ o mie de dolari, în timp ce preţul echipamentelor folosite în alte metode rapide de diagnosticare poate ajunge la 39.000 de dolari. ***(R.B.)*** <<<

Doar 12,6% dintre bebeluşi sunt alăptaţi până la şase luni

În România doar 12,6% dintre bebeluşi mai sunt hrăniţi cu lapte matern la vârsta de şase luni, ceea ce, explică specialiştii, este un nivel foarte redus, corelat fiind şi cu mortalitatea infantilă foarte ridicată, cea mai mare din Europa. "În România, în anul 2010, rata alăptării a fost de doar 12,6% şi ne dorim ca la anul să creştem această rată cu cel puţin un procent. Pentru că avem o rată a mortalităţii infantile ridicată (dec. 2010 - 13 la mie şi ian. 2011 - 12,2 la mie), pentru că rata copiilor malnutriţi este mare, pentru că obezitatea în rândul copiilor este mare" declară Irina Popescu, preşedinta Asociaţiei pentru Naştere Naturală şi Alăptare (ANNA). Deşi 25 de maternităţi – unde se nasc o treime dintre copiii din România – sunt incluse într-un proiect al UNICEF care promovează alimentaţia naturală, mămicile renunţă curând după ieşirea din maternitate să-şi alăpteze micuţii. Concluziile Săptămânii Alăptării vizează necesitatea unui cadru legislativ care să protejeze alăptarea, a derulării unor campanii de informare, precum şi crearea unei comunităţi de consilieri care să prevină renunţarea la alimentaţia naturală.*(D.B.)* <<<

PaginaMedicala.ro
comunitatea medicala online

PaginaMedicala.ro te trimite la evenimente direct din fata calculatorului!

Simplu si comod:

1. Alege evenimentul dorit
2. Selecteaza tipul de participant
3. Plateste online
4. Primesti confirmarea inscrierii pe e-mail

Intra acum in sectiunea "Evenimente" din PaginaMedicala.ro si inscrie-te!

Web: www.paginamedicala.ro
E-mail: info@paginamedicala.ro
Tel: (021) 209.56.64

Tranzactiile online cu cardul sunt securizate de LIBRA BANK

Scanned with OKEN Scanner

Prof. dr. MIRCEA BEURAN

Soldat pe frontul de urgență

Delia Budurcă

Chirurgul Mircea Beuran a consolidat o echipă de profesioniști la spitalul Floreasca, făcând pentru chirurgia de urgență o pasiune de-o viață. Modernizarea medicinei a permis ca acum, în urgență să fie salvate cu 30% mai multe vieți decât în urmă cu 25 de ani. Cum e medicul urgentist? Are cap, inimă și mână. Și e mereu în prima linie. Ca un soldat din trupele de elită. >>>

Ați scris recent o carte despre istoria medicinei de urgență, cum se vede evoluția trăită de dvs?

Ca toată medicina, a suportat și suportă transformările impuse de tehnologie, în special. Față de perioada de dinainte de '89, astăzi avem un platou tehnic mult mai performant, alături de o terapie intesivă care s-a modernizat, atât prin aportul tehnologic, cât și farmacologic. În plus, în ultimii cinci ani a luat o deosebită amploare dezvoltarea pre-spitalului: ambulanța medicalizată, medicii specializați în medicina de urgență, au apărut ghidurile. Dacă înainte de '89 vorbeam de o ambulanță - taxi al morții, deoarece nu erau servicii medicale pe perioada transportului, astăzi avem echipaje care pot să susțină funcțiile vitale și sisteme tehnice performante, astfel încât echipele din unitatea de primire urgență care preiau bolnavul de pe ambulanță să-și poată continua gesturile de resuscitare, de explorare a bolnavului, pentru ca după aceea toate specialitățile să contribuie la finalizarea actului medical, cu aportul tehnologiei de vârf.

Puteți evalua acest progres în număr de vieți salvate?

Sigur că da, sunt statistici, iar procentul celor

Scanned with OKEN Scanner

salvați în prezent este aproximativ cu 30% mai mare față de acum 20 - 25 de ani. Am mai câștigat la morbidități și la sechele, și exemplific. Există urgențe traumatice și nontraumatice. Cele nontraumatice provin din lipsa screeningului – medicul de familie ar trebui să-ți aducă bolnavul în față, pentru că, de exemplu, un ulcer gastric netratat se complică cu hemoragie, perforație, stenoză, peritonită, neoplasm. Rezolvăm deci complicația cazului, care este și mai scumpă, și cu morbidități și sechele mai multe.

Am câștigat și la traumă, pentru că puterea de a investiga prin computer tomograf îți arată gradul de leziune – exemplific cu trei organe pe care lucrăm foarte mult – ficat, splină, rinichi – care vin rupte. Înainte splina se scotea în 99% din cazuri, rinichul se scotea, iar din ficat se scoteau zonele lezate sau se făceau diverse tipuri de hemostaze. Astăzi, la Spitalul Floreasca splina nu se mai scoate în 60% din cazuri și se tratează conservator datorită ajutorului pe care ni-l dă examenul computer tomograf pentru a stadializa leziunea și angiograful pentru embolizarea arterei adiacente. Există și un al doilea procentaj câștigat – dacă 60% nu se mai operează, nu mai sunt nici laparotomii ne-necesare. În leziunile cu grad mai mare, 4 și 5, putem scoate splina, dar reimplantăm mai mult de 40% din ea; rămâne un procent mic de splenectomii în care nu mai există material biologic pentru implant. Este important pentru că splina are un mare rol imunitar, și oamenii salvați, dar fără splină, devin viitori pacienți care se îmbolnăvesc de boli infecțioase – pneumonie, meningită, etc – deci nu mai au capacitate imunitară și mor mai devreme cu 20 de ani.

Prof. dr. Mircea Beuran
- 1980 – UMF "Carol Davila"
- 1992 – prezent - medic primar chirurgie generală la Spitalul Clinic de Urgență "Floreasca"
- 1999 - doctor în medicină, cu teza "Managementul chirurgiei pancreatitei acute"
- 2001 - medic principal în sănătate publică și management sanitar
- 2000 -2003 - consilier, Administrația prezidențială
- iun 2003 - dec 2004 - ministru al Sănătății

Cu ce vă confruntați acum la Floreasca, care sunt problemele profesionale și administrative?

Ele sunt comune. În primul rând există un aflux mare de bolnavi și de la spitalele bucureștene și de la cele din perimetrul cvasi-național, de la Iași, Brăila, Constanța, Galați, Ploiești, deoarece există un teritoriu mare care transferă bolnavi grav.

Sunteți depășiți?

Nu putem spune că suntem depășiți pentru că meseria de urgentist este să nu fii depășit. Suntem în permanență într-o luptă contra cronometru, pentru că, în primul rând, în chirurgia de urgență nu poți amâna decizia. În al doilea rând este o luptă permanentă cu administrația spitalului deoarece consumurile sunt foarte mari, pentru că bolnavii sunt multidisciplinari.

Noi avem, să spunem, o dotare cu două calități – una că există, a doua că este insuficientă pentru aportul care ni se cere. Un astfel de spital – este absurd poate ce spun, este un spital cu consumuri care nu se pot calcula. Avem weekenduri în care depășim o sută de bolnavi internați pe zi. Este o încărcătură foarte mare pentru că actul chirurgical e individual, nu poți opera mai mulți pacienți odată, și apoi ai nevoie de spațiile necesare pentru îngrijire și de medicamente. Le avem, dar nu întotdeauna pentru performanța pe care vrem să o obținem. Materialele sanitare – la noi se consumă mult; poate unele spitale au 100 de bolnavi într-o săptămână sau într-o lună... Tu dacă îți mănânci toate rezervele într-un timp scurt, totdeauna rămâi descoperit. Și nu poți să faci fantezii, nici ceva provizoriu, că mâine poate redeschizi cazul. Uneori avem situații în care un asemenea bolnav, salvat din punctul nostru de vedere, dar care poate nu a fost suficient resuscitat, sau poate resuscitarea a fost începută târziu și omul a stat fără cord, fără plămân, are funcțiile vitale, dar el ca performanță nu se mai cheamă om. Este într-o stare vegetativă în care potențialul lui este întreținut de tot ceea ce înseamnă proteză – ori protezele costă, trebuie întreținute, schimbate ciclic și nu se mai potrivesc bine calculele pentru un spital cu un astfel de profil.

Chiar în cadrul spitalului, cred că ar trebui împărțite serviciile pentru urgențele nontraumatice, dar complicate, severe și cu o diferențiere financiară, de urgențele politraumatice, pentru că sistemul DRG înseamnă plata pe caz rezolvat. Plata pe caz rezolvat nu este compensatorie pentru noi; poate fi pentru cei care au un volum mai mic de urgențe, unde banii pe care îi primesc pe cazurile cronice pe 3-7 zile pot acoperi cheltuielile pentru un pacient în urgență pentru 10-14 zile. Eu nu pot compensa cu cazurile care intră din DRG, și rămân cu o insuficiență financiară care păgubește viitorii bolnavi. Mai mult, ar trebui gândit ca anumite spitale similare Spitalului de Urgență Floreasca și care transferă la noi pacienții, să plătească. Odată cu bolnavul să vină și banii, să îl urmeze.

Care sunt principalele trei calități pe care trebuie să le aibă un chirurg urgentist, sau cele care v-au ajutat pe dvs?

Sunt cele pe care toată lumea le cunoaște: trebuie să ai cap, inimă și mână. Dacă le spui în engleză sunt cei trei H – head, heart, hand. În ordinea asta. Nu poate să fie un chirurg fără una din cele trei. Și trebuie să fie de performanță toate trei.

Spuneați de problemele din sistem, ați fost și ministru...

Este ministerul cu cei mai mulți miniștri – au trecut 20 - 21. Decât vreo doi miniștri au prins un mandat întreg, restul – de la câteva luni, la un an, un an și jumătate. Nu poți să faci o integrare la nivel de sistem național în ore, zile, luni! Ai nevoie cel puțin de un mandat de patru ani. În același timp s-a făcut descentralizare, și deci nu mai ai factorii de analiză și sinteză.

Vi se pare o greșeală descentralizarea?

Da, descentralizarea a fost rapidă, haotică, fără a stabili criterii clare către cine se duc unele atribuții. Nu s-au articulat legislativ. Dintr-un minister totalitar au apărut structuri noi – s-a spus ce fac, dar fac și alții aceleași lucruri; au existat și alte structuri de control – vechile Sanepiduri, dar astăzi a scăzut performanța lor. Înainte acestă poliție sanitară era temută.

În plus, costurile sunt foarte crescute datorită faptului că Guvernul nu este stăpânul licitațiilor. El este pe hârtie, dar dacă de exemplu eu, MS, sunt dator față de toți furnizorii, față de toate firmele de medicamente și echipamente și eu cer ca data viitoare totul să fie la jumătate de preț, cum o să țină cont de mine când eu știu că mai au să ia bani de la mine!? Eu, ca Ministerul Sănătății, nu am o autoritate financiară. De aici e avalanșa asta de prețuri!

Și în plus eu iau o viitoare aparatură de fier vechi deoarece prețurile niciodată nu au fost încurajatoare. De aceea, dacă privești din anii '90 încoace vezi că au crescut fondurile, dar dacă te uiți la eficiență, constați că avem mortalitate infantilă mare, morbidități de toate felurile, migrația doctorilor, sărăcie în spitale, valoarea medicamentului scumpă, costul materialului sanitar diferit de la un spital la altul, astfel încât valoarea unei apendicite operate poate fi de la 100 de lei la 300 de lei, în funcție de spital.

Opinia mea este că nu e bine să luăm articolele generice pe fiecare spital și ar trebui o licitație comună măcar pe centre universitare, astfel încât să poți negocia un preț

Scanned with OKEN Scanner

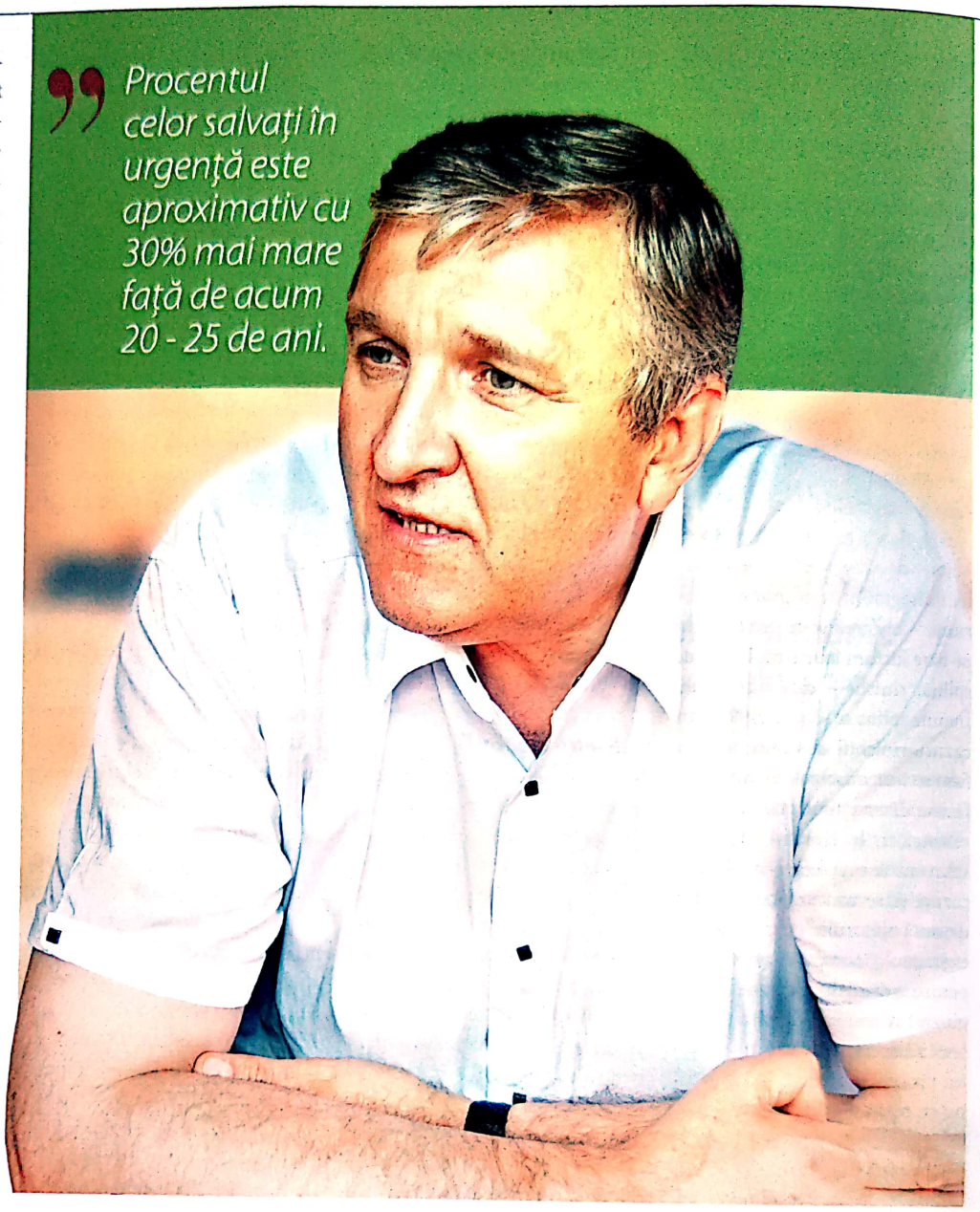
mai mic. Lucru care nu interesează pe nimeni... Spitalul a devenit cea mai rentabilă unitate economică. Pentru că are un buget! Minele le desființăm, pe câmp nu mai e nimeni, turismul e cum e, unde să se mai ducă omul să facă un ban? La spital! Bugetul e ca un salam, vezi bucata: atâta tu, tu atât!

Care mai e relația dvs cu politica?

Politica pe care am încercat să o fac a fost o politică sanitară. Nu am fost membru de partid, am fost simpatizant PSD, dat fiind că a fost singurul care mi-a oferit o activitate concretă. Dar nici unul din partide n-a înțeles sănătatea, nu înțelege mai nimeni că fără sănătate, învățământ și cultură, națiа se duce de râpă. Iar suportul pe care l-a oferit politica este vizibil: un batalion de miniștri ai sănătății care s-au fluturat și nimic n-au făcut; populația este suferindă, forța de lucru medicală a migrat, iar salariile sunt neatractive.

Sunteți dezamăgit?

Oricum, n-am gândit că ajungem aici! Nu înseamnă că suntem învinși, cred că vom reveni la o poziție onorabilă, cred că se va mai trezi și generația asta mai nouă care observă că între ce li s-a fluturat, multe lucruri nu au temei. Școala medicală, cât e de criticată, dacă ne uităm peste granițe, vedem că medicul român e apreciat. Noi am pompat în sistemele medicale europene și internaționale inteligență, putere de muncă profesională, capacități, oameni de vârf. Nu știm să-i apreciem, nu știm să-i chemăm acasă, nu știm să le facem această ofertă – eu când am fost ministru pe puțin 50 de români voiau să vină înapoi. Bineînțeles că trebuie să le putem oferi nivelul lor de performanță pentru că sunt toți lucrători pe tehnologii foarte avansate. Nici n-am avut intenția să îi chemăm! Ocazional vin și ne minunăm... În același timp performanța tehnologică la care suntem nu a ajuns să îi cheme acasă pe cei care au progresat afară și care eu sunt convinns că își doresc, totuși, să se întoarcă acasă.



După '90 a mai apărut o nișă a specialităților medicale, dar interesul medicului nu a fost suferința bolnavului – acesta a vrut să facă prezentare de medicamente și echipamente, să intre în firmele de promovare; a fost o auto-selecție, poate și între ei au fost unii buni, dar s-au dus la niște bani în plus pe care sistemul național nu-i putea oferi.

Care a fost cel mai dificil moment din activitatea dvs?

Poate cel de vârf a fost cel în care mi s-a pus în spate acest enorm plagiat. Este o chestiune falsă. Pe vremea când eram director general în minister, în '94 - 96, am semnat cu Assistance Publique - Hopitaux de Paris un protocol pentru apariția în România a unor ghiduri cu profil de urgență. S-a dat voie românilor să le modifice după experiența proprie. Este plauzibil, pentru că un ghid nu mai aparține ca proprietate intelectuală cuiva, este un bun al unor mari colective. Am vorbit cu pediatri, endocrinologi, etc, și am spus că dacă școala românească are ceva original să scrie într-o casetă. Unele lucruri nu s-au putut face după școala franceză, de exemplu în psihiatrie și în medicină legală. Apoi manuscrisele au fost date editurii și consider că aici a fost eroarea, pentru că noi nu am dat, într-un facsimil, în temeiul cui elaboram ghidurile. Editura avea o listă de 50 - 60 de autori. Noi am pus autorii români la capitolele respective. Beuran n-a avut nici un capitol, dar editura a considerat să scrie ediția Beuran, ca promotor al proiectului. De la apariția ghidurilor au trecut, până în 2003, la unele ghiduri 10 ani, la unele 9 ani, la unele 6 ani.

Și m-am trezit în 2003 că un doctor care era o problemă în spitalul lui a migrat în Franța, a găsit un ghid și l-a adus în țară. Românii au zis că e și la noi, făcut de Beuran!

Scanned with OKEN Scanner

Beuran era ministru, şi gata, plagiat!

A fost o întâmplare, a fost ceva regizat?

A fost ceva regizat! În perioada aceea erau vizaţi directorii de spitale, datoria spitalelor creştea, se analiza capacitatea lor managerială, era teama de un supercontrol.

Nu aţi fost ascultat?

Nu, nu era nici un motiv, pentru că Beuran era conferenţiar, şi altcineva putea fi adus în buricul Bucureştiului... Cu toată modestia pot spune că a fost o perioadă apreciată pentru nişte măsuri pe care le-am luat... am mai dat peste mâna multora care nu apucau bine să bage banii în buzunare că îi şi puneau la loc... Rectorul de la vremea aceea căuta posibilitatea unui al treilea mandat, şi a crezut că recunoştinţa celor care făceau parte din guvern îi dădea această posibilitate.

Dreptul de a fi cadru didactic mi s-a luat în octombrie şi pe 6 decembrie în acelaşi an mi l-am recăpătat; am ajuns şi în justiţie şi am trecut şi prin Comisiile de etică ale Ministerului Educaţiei şi Învăţământului. Nu s-au găsit argumentele! De fapt argumentul era unul: editura era singura care putea să mă dea în judecată. Ori lucrul acesta nu se învaţă în România, pentru că noi ne-am născut rechini! Şi trebuia să devorăm şi să arătăm probabil nu ce avem în cap, ci ce muşchi putem să prezentăm societăţii. Vreau să mulţumesc Asistance Publique l'Hospitaux de Paris, care nu a negat nicicând documentul semnat. Lumea juridică care a fost consultată a arătat că un ghid nu mai are proprietate intelectuală individuală şi, mai mult, aceste ghiduri circulă libere pe internet.

Puterea zvonului a fost atât de mare încât cred că şi astăzi mai sunt oameni care n-au înţeles adevăratul adevăr. Timpul a mai şters din impact, dar nu mă gândesc decât la un singur lucru: că în viaţă nimic nu rămâne nepedepsit şi, de cele mai multe ori, divinitatea face dreptatea.

Aveţi credinţa asta?

Am credinţa, şi fără să am răutăţi, chiar există dovezi, pentru cei care cunosc, că sunt oameni care plătesc într-un alt chip maniera defectuoasă în care au crezut că vor arăta lumii altceva. Eu nu sunt resemnat, sunt mulţumit! Pentru că dacă în timpul acesta totuşi se face dreptate naturală, este suficientă, nici nu-mi doresc mai mult.

V-aţi ocupat de multe persoane publice, deja aveţi o experienţă în acest sens. E diferit?

Începutul activităţii l-aş împărţi în două. Un segment a fost faptul că aproape 20 de ani am fost medic chirurg la Urgenţă şi de gardă permanent, aproape ca n-am scăpat nici o gardă. Şi starea de urgenţă, indiferent de starea ta socială ca pacient, te aduce la gardă. Totdeauna am respectat discreţia pe care o doreşte orice pacient, pentru că de foarte multe ori împovărarea aceasta cu boli poate nu-ţi aparţine întru totul...

O altă etapă au fost cei trei ani în care am fost medicul personal al preşedintelui Iliescu. Bineînţeles că acest lucru fiind public, oamenii au apelat, având încredere că dacă un preşedinte de stat şi-a lăsat starea proprie de sănătate în mâinile unui doctor... Am ştiut întotdeauna să fiu lângă bolnav, din cauza asta nu am ore de muncă, ci zile continue, nu îmi permit weekenduri, sâmbete, duminici...

Spuneaţi că nu aţi pierdut nici o gardă! Din pasiune, nu ştiţi să faceţi altceva, de ce?

Chirurgia de urgenţă este foarte atractivă! Pentru că nu e un standard pe care trebuie să îl aplici, să te plictisească, să devii rutinier. În chirurgia la rece poate devii rutinier, în chirurgia de urgenţă activitatea este diversă, judeci mult, împleteşti atitudini, ştii să ceri nişte balanţe biologice...

Chirurgia de urgenţă şi maniera în care am învăţat-o de la înaintaşi este o şcoală puternică, trainică şi nu ascund că am făcut tot ce este posibil, renunţând poate şi la viaţă personală, să fac tot ce pot pentru a-mi ridica standardul de activitate. Marea majoritate a chirurgilor participă la congrese, au lucrări, cei mai dotaţi fac studii, cercetează, peste 90% din chirurgii de la Floreasca fac chirurgie laparoscopică. Am făcut şi am promovat chirurgia robotică, am antrenat colectivul de chirurgi pentru ca experienţa noastră să se regăsească în manuale sau tratatele care au apărut după anul 2000. Există o efervescenţă continuă în activitatea profesională – fiecare raport de gardă are o pastilă profesională de 15 minute în care se discută o temă, se fac prezentări de caz, se discută cazuri rare, se comentează statistici internaţionale, studii de caz. Săptămânal, în ziua de joi, vin firme de materiale, medicamente şi echipamente, pentru a le cunoaşte activitatea.

Medicul de la urgenţă este ca un soldat din trupele de elită. Trebuie să ştie în permanenţă tot ce-i nou şi să poată ieşi cu uşurinţă din complexitatea cazului, având alternativele cu care poate colabora mental cu o altă specialitate sau terapie. În acest fel abordăm atitudini de damage control. Sunt situaţii în care nu poţi interveni şi să faci totul de la prima şedinţă, sunt politraume în care severitatea cazului este atât de complexă încât timpul de stat pe masa de operaţie îi dăunează pacientului. Şi atunci sigilăm anumite segmente digestive, vasculare, îl închidem parţial, îl resuscităm timp de 48 - 72 de ore şi, pe un alt teren biologic, îl reoperăm. Avem foarte mulţi bolnavi câştigaţi prin aplicarea tehnicii de damage control. Înainte de '90 nu discuta nimeni de damage control la nivelul la care discutăm astăzi, deşi au fost chirurgi care au realizat că în doi timpi e mai bine decât să faci totul într-unul singur.

În plan naţional sunt doctorul care am iniţiat, ca preşedinte al Comisiei de specialităţi chirurgicale, o serie de programe naţionale în chirurgie. Sunt 60 de linii de laparoscopie la nivel de ţară prin primul program naţional de chirurgie din 2007 - 2008. Împreună cu Spitalul Fundeni suntem în aceeaşi catedră şi lucrăm cazuri problemă – ei partea de cronici, noi partea de acuţi. Colaborăm foarte bine cu echipa prof. dr. Irinel Popescu, dezvoltăm să ne detaşăm ca echipă care face recoltarea pentru transplant. Din echipe mixte, devenim acum echipa de la Floreasca, intrăm în regulile pe care le are fiecare ţară, unii recoltează, alţii transplantează.

Cum vă consideraţi: un boxer care a fost knock-out şi s-a ridicat, un ...

Nu, knock-outul s-a încercat, dar fost barat.

...un războinic, un soldat pe front, un artist poate, un om bun... Cum v-aţi defini?

Un om bun cu cuţitul în mână n-o să găsiţi, niciodată! Comunicarea aceasta mână-cuţit are în ea un om mai războinic. Eu eram plănuit de familia mea să ajung artist, să fac muzică şi am renunţat pentru că atunci exista un singur loc pe an la Conservator, la pian. Am făcut şi baschet. Am început medicina pentru că mă interesa de mic tot ce e viu. Pentru a se forma, un om are nevoie de mult lustru pe toate faţetele...

Există un pericol al orgoliului, care vine de undeva din faptul că eşti mereu pe linia asta de demarcaţie între viaţă şi moarte. Te simţi Dumnezeu?

Da, câteva ore pe lună tot te simţi... n-ai ce să faci... Sunt ore din zile, din săptămână, din an, în care prin gestica pe care o faci ai nişte gesturi dumnezeieşti... Şi se mai spune că dacă nu vrea Dumnezeu nu le poţi face...

Vă sună oamenii să vă mulţumească?

Da, pentru mine e bucurie dar şi calvar: primesc peste 600 de smsuri de ziua mea şi de sărbători; le mai şterge telefonul că nu le poate număra... Îmi trebuie 2 - 4 săptămâni să le pot răspunde tuturor. Să spunem că încă ne bucurăm de mulţi prieteni! <<<

Scanned with OKEN Scanner

Conf. dr. HORAȚIU SUCIU

Un șir de 1400 de copii salvați

Delia Budurcă

Conf. dr. Horațiu Suciu operează, la Tg. Mureș, bebeluși cu cord congenital. Colaborator al prof. Radu Deac, specialist atât în transplant cardiac, în patologia adultului cât și a copiilor, a operat din 2004 până acum 1.400 de micuți. **Ar putea să salveze și mai mulți, dar este limitat** nu de timpul fizic, ci **de numărul de paturi și de banii alocați.** Deși la noi operația e de până la zece ori mai ieftină decât afară, continuăm să trimitem copiii în străinătate, neasigurând condițiile ca micuții să fie operați acasă. Două mâini care peste ocean ar fi evaluate la sume colosale, sunt aici "resurse" pe care ne permitem să le risipim. Imaginea unui micuț salvat e o comoară care nu încape în cuvinte. Iar cifrele grăiesc cât sute de imagini: din cei 900 de copii care se nasc anual, nu reușim să operăm în țară mai mult de un sfert! >>>

Scanned with OKEN Scanner

Cum aţi ajuns să faceţi chirurgie cardiacă?

A fost o combinaţie de elemente. Am făcut Facultatea de medicină în Tg. Mureş, eu fiind târgu-mureşean de origine, oraş de tradiţie şi cu un mare renume în tratarea bolilor cardiace. De mic ştiam acest lucru şi cu timpul mi-a devenit şi mai clar. În al treilea rând, ca toţi băieţii medici mi-am dorit să devin chirurg. Nu în ultimul rând, a fost o oportunitate odată cu deschiderea lumii medicale către tineri, după anii '90, de a concura pentru un post universitar în Clinica de chirurgie cardiovasculară. Poate că la început nu ştiam exact în ce mă bag, dar până la urmă se pare că am şi putut să o fac! Pentru că mulţi o încep, dar nu toţi o termină.

Câţi medici din România pot face chirurgie cardio-vasculară la sugari?

Prea puţini, dar ăsta nu e un lucru pentru care să fiu foarte fericit. Te mândreşti, atât timp cât faci anumite lucruri de excepţie care te scot din marea masă a chirurgilor, toţi chirurgii sunt mândri cu ceea ce fac, evident, dar la un moment dat e nevoie de nişte cifre în evaluarea activităţii. Şi întradevăr aici sunt mândru, pentru că anumite proceduri şi intervenţii chirurgicale, nu numai la copii ci şi la adulţi, sunt poate singurul din ţară care le fac. Nu există în momentul ăsta operaţie chirurgicală care să nu se poată face în România. Dar aici e un alt subiect, de ce copiii pleacă în continuare să se opereze afară. Nu sunt suficiente centre şi binenţeles specialişti... Un chirurg care să opereze atât chirurgie cardiacă la copil, cât şi toată patologia adultului, în momentul ăsta nu ştiu să existe. Nu pot să zic că sunt doar eu care fac o anumită procedură, dar un singur chirurg care să facă toate aceste lucruri, sigur nu mai există.

Credeţi că sunteţi un dăruit?

Da, pot să zic că sunt un dăruit; mă duc cu plăcere la servici, sala de operaţii este pentru mine locul unde îmi găsesc liniştea, în mod paradoxal. Pentru mine, stresul este în afara sălii de operaţie. Sincer, pentru mine nu este nici un efort să fac aceste intervenţii şi nu consider că fac ceva extraordinar, fac doar ce am învăţat.

Evident că uneori, din experienţă, din faptul că am operat foarte mult, am ars nişte etape şi am acumulat foarte multă experienţă într-un timp scurt, cred că asta îmi dă un avantaj în a lua nişte decizii poate mai rapide, poate unele nu foarte convenţionale, şi rezultatele până în acest moment îmi dau dreptate. Dar eu fac toate aceste lucruri fără să fac un mare efort. Este o plăcere pentru mine ceea ce fac; probabil ăsta e secretul.

Dar de ce nu există şi alţi chirurgi care să facă aceste operaţii? Nu au suficient curaj, aparatură, nu au expertiză, şansa de a se specializa?

Curajul ar fi doar o parte din toate aceste calităţi. Evident, bazat pe multă ştiinţă, cunoaştere, experienţă. Curajul este esenţial, dar nu suficient. În patologia adultului există 10-12 operaţii clasice, clare, repetabile, bine standardizate, cu mici variaţiuni. La copii fiecare caz este altul, chiar şi în aceeaşi patologie; un defect septal ventricular sau o transpoziţie de vase mari nu sunt două la fel. Este o permanentă provocare, şi a reuşi să ai rezultate bune în domeniul ăsta necesită, pe lângă curaj, o foarte bună aprofundare a patologiei. Există peste 100-110 de proceduri, intervenţii chirurgicale în chirurgia pediatrică cardiacă, şi a le învăţa pe toate şi a le stăpâni necesită un efort foarte mare. Şi aici ne-am aventurat un pic să elogiem meritul chirurgului, însă poate mai mult decât în oricare altă specialitate, în această supraspecialitate aportul cardiologului şi al anestezistului este foarte important. Este deci vorba de o echipă. Resursa umană este cea care în momentul ăsta lipseşte, cred eu, mai mult decât curajul unui chirurg sau al altuia.

De câţi chirurgi cardio-vasculari pentru bebeluşi ar fi nevoie pentru necesităţile ţării?

Experţii străini au stabilit că este nevoie de un centru de boli cardiovasculare pediatrice la fiecare 5 milioane de locuitori, deci în România ar trebui să fie 4. Deocamdată există doar unul dedicat. În centru trebuie să existe posibilitatea de explorări invazive de cardiologie intervenţională, de chirurgie cardiovasculară, terapie intensivă separată, dedicată exclusiv copiilor. Nu e nevoie neapărat de o clădire separată, ci de un centru care să concentreze toată această masă critică de oameni şi resurse. Nu neg că se mai fac intervenţii, dar a aborda această patologie înseamnă să o faci dedicat, de dimineaţa până seara, şapte zile pe săptămână. Este o diferenţă între a demonstra că poţi să faci şi a face. Pentru că a face înseamnă să fii prezent nonstop la această provocare.

Câte operaţii faceţi pe zi?

La copii una pe zi, am făcut şi câte două, dar uitaţi ce perioadă trăim! Dacă vă spun că anul acesta s-au alocat prin programul naţional de boli cardio-vasculare, pentru chirurgia pediatrică, 63 de operaţii? 63?! Când necesarul este undeva la 900 ?!!!! Teoretic eu ar trebui să fac 63 de operaţii într-un an de zile, deci una la 4 zile.

Şi ce facem cu ceilalţi copii?

Nu ştiu! Am pus şi eu întrebarea asta şi mai sus şi aştept un răspuns. Evident, rectificare de buget; medicina nu se poate face cu mâinile goale. Eu pot opera foarte mult, dar este o specialitate scumpă. Chirurgia cardiacă, în general, este o specialitate scumpă, şi s-ar putea spune că la copii costurile sunt mai mici pentru că şi ei sunt mici, însă din contră, cu cât scad dimensiunile, cu atât operaţia este mai costisitoare.

Ce fac cei 840 de copilaşi?

Îşi aşteaptă şi ei rândul, probabil, sau merg în afară. Am semnat în ultimul timp foarte multe formulare 112, îmi dau seama ce se întâmplă la nivel naţional. E vorba de bani care în loc să ajungă în sistem, pentru a-l sprijini, se duc în străinătate. Pot spune, comparativ, că o intervenţie chirurgicală pe cord deschis în străinătate, în general în Germania şi în Italia, este de la 20.000 de euro în sus. Pentru bebeluşi cea mai sofisticată procedură, transpoziţia de vase mari (switch arterial), care se face la Deutsches Herzzentrum, în Munchen, costă 50.000 de euro. Costurile noastre se ridică undeva la 5.000 de euro.

În România se nasc anual aproximativ 50 de bebeluşi cu transpoziţie de vase mari, din care eu reuşesc să operez, în cel mai bun caz, aproximativ jumătate. În anii trecuţi am operat în jur de 23-24, şi astfel am făcut ceva economie sta-

Scanned with OKEN Scanner

tului român. Ceilalți 20 și ceva sau pleacă afară, sau nu își găsesc nici o rezolvare, pentru că este o malformație incompatibilă cu supraviețuirea. Este doar un exemplu! Toate operațiile sunt foarte scumpe și problema este că în continuare există resursă nefolosită în țară, iar banii se duc în afară.

Revenind la numărul de chirurgi, experții spun că fiecare centru ar trebui să opereze în jur de 250 de cazuri pe an, deci cam unul pe zi, cu doi chirurgi seniori. Ar însemna 8 chirurgi dedicați, și încă aproximativ 2-3 în formare permanentă.

Noi avem și specialiști tineri în formare, și eu sunt liniștit în ceea ce privește viitorul Târgu-Mureșului; în ceea ce privește viitorul acestei specialități în țară, sunt foarte sceptic. Poți pune ziduri și cele mai tari aparate, dacă nu are cine să le folosească, totul e în zadar...

De ce ați rămas în România? Nu ați fost tentat să plecați

De ce am rămas? Suntem toți cu valiza la ușă, medicii, în general. Toți trebuie să ne gândim și la lucrul ăsta, inclusiv eu. Piața de muncă e liberă pentru medicii români. Atunci când am intrat eu pe specializare era un vis aproape irealizabil să mergi în străinătate și să și practici... Acum poți să te duci ca și chirurg cu acte în regulă, cu contract, și salariul este foarte mare. La nivelul ăsta e cam 15-20 de mii de euro pe lună, în Germania. În Anglia poate chiar și mai bine, la fel în Italia, unde am și oferte, pentru că acolo m-am specializat, la Milano, la Spitalul San Donato. Este locul care mi-a schimbat viața.

Eu am început aici un proiect foarte mare, mai avem multe de făcut în continuare și probabil de-asta nu mă duc afară. Și-s și eu așa, mai comod, îmi vine greu să mă mut, dar până la urmă este vorba de o masă critică de elemente care se adună și care înclină balanța.

Ce vă deranjează cel mai mult în activitatea dvs

Prostia, în general. Faptul că nu se înțeleg anumite argumente.

Cât durează să pregătiți un caz având în vedere că de fiecare dată e o problemă nouă

Nu sunt două cazuri la fel. Toate trebuiesc judecate în context. Urgențele neonatale au o particularitate, aceea că pot fi menținute, cu un tratament bine condus, indiferent de gravitatea afecțiunii, până la operație. De multe ori copiii primesc la naștere note mari, 9-10. Problemele apar mai apoi, pentru că ei au o malformație, dar e oarecum compensată în general prin canalul arterial persistent. Problemele apar după 2-3-6 ore, după ce se închide acest canal. Copilul devine brusc cianotic, dispneic și apare această degringoladă metabolică, hemodinamică și respiratorie care necesită așa-zisa resuscitare a nou-născutului. Care implică experiență, cunoștințe și se dobândește în clinicile de neonatologie. Există încă o reticență a neonatologilor față de acești copii, vizavi de administrarea anumitor medicamente pentru care nu este experiență în țară. Acum un an prostaglandina, care redeschide canalul, era așa, ceva fantezist: cum să dăm, n-avem, nici nu se găsește, spuneau. Voiau să îi trimită la Tg. Mureș doar pentru că nu aveau acestă fiolă cu prostin care se pune în perfuzii.

Dacă toți vin aici, la spital, oricum nici n-am unde să-i pun. Ceea ce solicitam eu era ca măcar centrele importante din țară, Cluj, Iași, Timișoara, București, să inițieze aceste terapii de resuscitare a nou-născuților, să-i țină în viață bine, să inițieze terapia cu prostin, să prevină complicațiile, infecțiile ș.a.m.d. pentru că la copii este important și momentul operator.

În primele 2-3 zile după naștere organele nou-născutului nu sunt maturizate, iar riscurile unei intervenții pe cord deschis sunt foarte mari. Deci ori de câte ori se poate se amână momentul intervenției. Momentul operator este la fel de important ca și diagnosticul, ca și acuratețea intervenției. În cazul transpoziției de vase mari, momentul operator se situează undeva între 7 și 14 zile. Șapte zile acel copil trebuie menținut, apoi vine la operație, se operează și pleacă înapoi.

Important este diagnosticul, care nici acesta nu este ușor de pus. Pentru că așa cum nu există o rețea de chirurgie cardiacă pediatrică, nu există nici o rețea de cardiologie pediatrică. Noi suferim în România, tot acest ansamblu este șchiop. Nu există cadiologi, anestezişti, și atunci se forțează trimiterea acestor copii în străinătate cât mai repede, acolo unde pot fi rezolvate, deoarece la noi există foarte puțini cardiologi capabili să pună un diagnostic și să efectueze tratamentul corect. Luni vine o transpoziție de la București, ieri a mai venit un caz, la Timișoara sunt încă doi, și în momentul ăsta lucrăm pe patru paturi din opt. Patru paturi sunt închise pentru că personalul mediu, asistentele, au plecat. Nu mai am cu ce să acopăr două saloane, ci numai unul. În momentul în care îmi vine un transplant, trebuie să închid la copii complet, nu mai operăm nimic din cauza lipsei personalului. Săli am, dar nu am cu ce să-i îngrijesc.

Câți copii mor din cauza acestui sistem șchiop

Mulți... cei care nu reușesc să plece, și, evident, cei pe care nu reușim noi să îi operăm Anul trecut am operat 250 de copii cu cord congenital, necesarul e cam 900 - 1000. În cel mai bun an, în 2008, am operat 380 de cazuri, un număr foarte mare. Din 2009 încoace am operat din ce în ce mai puțini. E inadmisibil, îmi dă 63 de cazuri și eu deja am 200 de copii pe listă. Și deja am operat 130. E nevoie de o rectificare bugetară, nu e o activitate pe care să o oprești pentru două luni, apoi iar să o pornești, și tot așa. N-are voie să se oprească!

Dar la începuturile carierei cam câți copii ați operat

Cariera mea pe partea pediatrică a început în 2002, când am plecat în străinătate, am revenit în 2004. Am revenit fără să știu dacă sunt capabil să o fac sau nu, pentru că una este să te duci să înveți, să ajuți, și alta e să faci chiar tu operații pe care nu le-ai mai făcut niciodată, și nici nu-i nimeni să te-ajute.

În 2004 am făcut 60 de intervenții, apoi am tot crescut. Am o bază de date foarte bine pusă la punct, sun-

Scanned with OKEN Scanner

> Suntem singurul centru din România care raportăm la European Association Congenital Database, chiar cu cifre destul de mari pentru un centru: suntem în primele zece.

tem singurul centru din România care raportăm toată activitatea la European Association Congenital Database. România era așa, o hartă goală, acum în sfârșit apărem și noi, chiar cu cifre destul de mari pentru un centru; pentru o țară sunt mici, dar pentru un centru sunt mari, suntem comparabili cu primele zece centre.

Am operat în acest timp aproximativ 1.400 de copii. Între 1.300 și 1.400. Foarte mult... Aparent nu e mult, dar vă zic eu că sunt foarte mulți... dacă punem așa unul după altul, o mie de copii... Și cu rezultate bune. Am reușit să aducem mortalitatea acolo unde trebuie să fie, adică în congenitale undeva între 3 și 4%. Este foarte bine, pentru că sunt de multe ori cazuri disperate... Dar nu se poate fără oameni și fără aparatură și materiale sanitare. Este foarte costisitor, dar se poate face și trebuie făcut!

Ați ținut legătura cu părinții copiilor, i-ați văzut intrând la școală?

Da, primesc multe mesaje de recunoștință. Chiar acum citeam un mesaj de la un caz în care am urmărit bebelușul dinainte să se nască. S-a născut prin cezariană, în ziua unu a fost investigat, era un caz extrem de grav, și în momentul acela am spus că nu cred că se poate face ceva. Avea o anomalie foarte gravă de valvă tricuspidă. Și după o săptămână l-am reevaluat ecografic și a reieșit că începe să se remodeleze oarecum, să se stabilizeze structurile. În timpul evoluției pot să apară modificări... Și la două săptămâni am luat decizia să o operez, era o fetiță, cred că avea doar 1.800 g. Părinții au fost foarte fericiți în momentul în care am decis să o operez. Dacă nu o făceam nu avea nici o șansă. Am revăzut toate mesajele de la familia respectivă, în care îmi spuneau că deja are un an jumătate și că merge, aleargă. De unde era un copil care nu avea nici o șansă... Aceste mesaje reprezintă una din puținele satisfacții care ne mai scot din monotonia de zi cu zi, pentru că noi n-apucăm să ne bucurăm de ei, de rezultatele muncii noastre. Lucrăm așa, la foc continuu, în care cum se eliberează un pat, cum repede vine următorul. Când lucram cu opt paturi era de vis; făceam 1-2 operații pe zi, 7-8 cazuri pe săptămână, ceea ce e mult. Însă acum ne-am restrâns tare de tot, e o permanentă presiune, din mai multe direcții, și a mai scăzut un pic entuziasmul.

Ne bucurăm de reușită, evident, de-asta mergem la servici, dar rămânem mereu cu un gust mai amar, pentru că vedem câți părinți suferă... Cad în genunchi, sunt disperați să își salveze copii, oameni veniți de peste tot... Ce pot să le spun, cum se eliberează un pat îi operăm... Noi suntem doar o mână de oameni care încercăm să facem față cazurilor venite din toată țara... în Tg. Mureș. Este onorant, dar nu este o mândrie. Eu aș fi cel mai fericit dacă ar mai fi niște centre și să intre totul în normal. Ceea ce facem noi este o activitate normală, însă este percepută ca o activitate extraordinară, din păcate. Ar trebui să fie o activitate normală într-un sistem de sănătate performant.

Spuneați că ați redus mortalitatea în bolile congenitale de cord la 3 % – 4 %. Cum era situația în 2004?

În 2004 în România abordarea copiilor sub 10 kg - adică copiii sub un an, nou născuții și sugarii - nu exista. Nu se operau acești copii în România! Rata mortalității era foarte mare... sunt urgențe neonatale... nu știau ce să le dea, efectiv aceștia mureau toți.

Dar nu se operau nici copii de 6-7 kg, care nu cresc mai mult dacă nu îi operezi. Eu am operat copii care aveau doi ani și numai 5 kg. Mulți mor, dar unii nu mor, în schimb dezvoltă complicații care le compromit existența. Ca hipertensiunea pulmonară, care ajunge într-un stadiu ireversibil în care nici nu mai poți să-l operezi. Problema nu este neapărat moartea imediată a acestor copii, ci și cea a dezvoltării unor complicații care le întunecă prognosticul și îi scot în afara indicației chirurgicale. Ei nu au timp să aștepte de ordinul anilor, ajung la complicații care la un moment dat pun în imposibilitate operația. De-aia se spune că marea majoritate trebuie operați până la un an. Unii au noroc să nu dezvolte astfel de complicații și ajung să operez în continuare defecte septale, ventriculare la copii de 10 și 12 ani, lucru care în Europa nu mai există. Numai copiii care vin din Africa mai sunt copii mari cu defecte. Am operat foarte multe.

Spuneți trei măsuri care ar trebui luate pentru a-i salva pe acești copii?

Ar trebui să se înființeze centrele de care vă spuneam, și nu este nevoie de clădiri separate. Trebuie doar identificat personalul dispus să se "înhame" la această activitate, și pe baza lui să se clădească aceste centre. Un specialist talentat se poate forma cam într-un an de zile. La fel, pe partea de terapie intensivă este nevoie de doi-trei anestezişti.

De ce credeți că nu sunt mai mulți specialiști în acest domeniu?

Totdeauna e mai greu să pleci pe un drum nebătătorit, să te apuci să defrișezi în sânga și în dreapta... E o activitate foarte grea... E mult mai simplu să faci lucruri standardizate, decât să faci lucruri mai complicate care necesită multă experiență și mult studiu. A trata nou-născuții este mult mai greu decât a trata adulții. Poate că nici nu au avut modelele potrivite pe care să le urmeze în centrele unde sunt. Dar toate lucrurile astea pot fi făcute!

Pentru înființarea acestor centre trebuie să existe o strategie națională. Asta dacă ai identificat că există o problemă! Eu încă nu am auzit un oficial care să spună că e o problemă în România... Poate că nu consideră că există o problemă... O mie în plus, o mie în minus...

Eu zic că e foarte important pentru că investiția în acești copii e minimă față de beneficii. Marea majoritate pot fi corectați chirurgical, ceea ce înseamnă a-i reda societății pentru 70 – 80 de ani, cât e speranța de viață. Acest copil va crește, va munci și va plăti în timp acea investiție minimă. Nu se gândește așa! Statul ar putea câștiga mult din investițiile în sănătate. Însă acestea nu sunt ca cele în agricultură, când ai rezultate într-un timp scurt, ci vin abia peste 5 ani.

Care credeți că este calitatea dvs principală, care vă ajută în această meserie și vă face să depășiți fiecare zi?

Mi-e greu să spun, să aleg...

Cred că principalul e că îmi pasă de oameni. «««

Scanned with OKEN Scanner

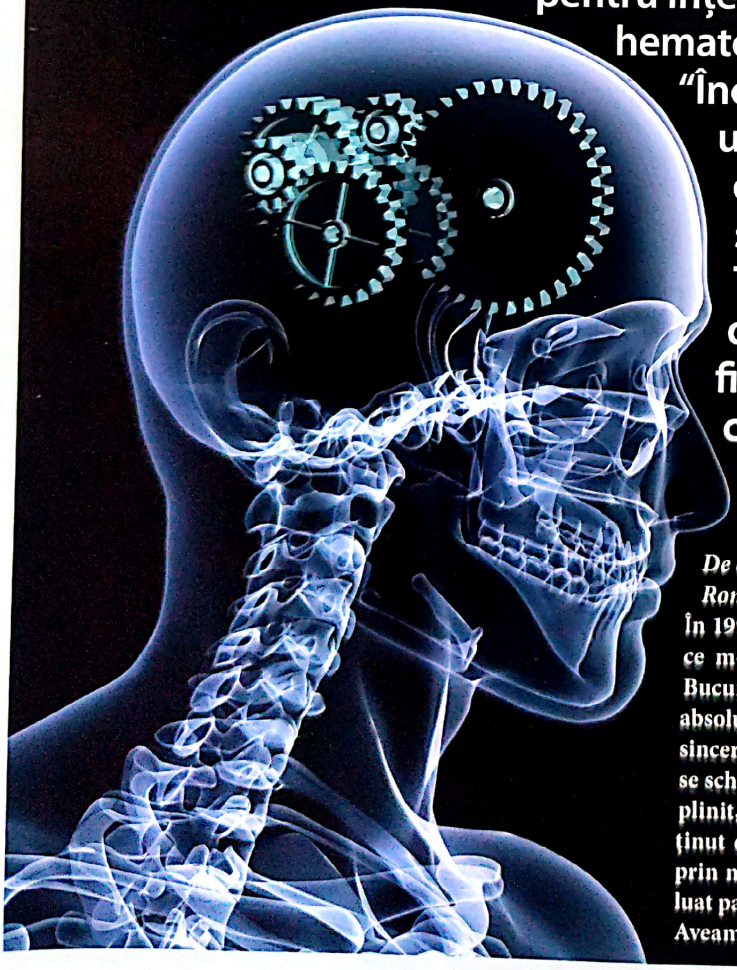
Prof. Florin Amzică

Universitatea din Montreal

Celulele creierului, privite de aproape

Delia Budurcă

Plecat în Canada imediat după descinderile minerilor în Bucureşti, prof. Florin Amzică a lucrat întâi cu prof. Mircea Steriade, apoi a păşit pe propriul drum în descifrarea arhitecturii ascunse a creierului. A făcut una din breşele importante în înţelegerea mecanismelor somnului, prin descoperirea oscilaţiei lente, apoi şi-a continuat cercetările pentru înţelegerea comei, epilepsiei, barierei hemato-encefalice, celulelor gliale. "Încerc să mă uit acolo unde nu se uită alţii", spune prof. Amzică, care ascultă celulele şi încearcă să le descifreze limbajul secret. Totul în cadrul unui efort zilnic de muncă susţinută şi al unei filozofii de viaţă asumate şi conştientizate, ca un fir roşu călăuzitor: aceea de a fi util! >>>



De ce aţi plecat din România, când, cum?

În 1990, la prima ocazie, după ce m-au alergat minerii prin Bucureşti. A fost elementul absolut declanşator, am crezut sincer că la Revoluţie lucrurile se schimbă şi voi fi absolut împlinit, la mine acasă. Şi iluzia a ţinut exact lunile acelea, până prin martie. După care mi-am luat paşaportul şi am plecat. Aveam o ofertă fermă din Canada, dar iniţial speram să rămân în Europa. N-am declinat oferta din Canada, dar am avut o înţelegere cu prof. Mircea Steriade, cel care mi-a oferit plecarea, care mi-a spus că dacă nu reuşesc să găsesc ceva în Europa uşa lui mi-e deschisă. Am constatat amploarea valului care bătea dinspre Răsărit către Occident în Europa, mi-am spus că va fi destul de mare presiunea, şi am plecat în Canada.

Scanned with OKEN Scanner

Cum a fost acolo? Dezamăgiri, succese?

Nu, n-am avut dezamăgiri. Totul a fost minunat! Greu, greu, în sensul că este o muncă la care visam, pentru că totdeauna am crezut că rezultatele se obţin prin muncă. A fost o muncă extrem de intensă, şi care nu a încetat. A trebuit să redevin student. A trebuit să învăţ pentru că aveam o formaţiune de inginer (Facultatea de Automatică, n.n.), iar acolo se făcea neurofiziologie. Am intrat deci în forma aceea de prăjitură, m-au pus la cuptor şi asta a fost: a trebuit să performez, să aduc rezultate, să recuperez, să învăţ abecedarul unei alte profesii. Am învăţat lucrând, cu mâna pe obiecte. Ştiam că sunt angajat să fac un doctorat, şi la sfârşitul doctoratului a venit un moment în care m-am oprit şi m-am întrebat: dar eu de fapt ce sunt? Şi mi-am dat seama că nu mai eram nici în ingineria medicală - timp de cinci ani fusesem orice altceva, dar nu inginer, şi că descoperisem un domeniu care m-a pasionat întotdeauna... Eram fericit de noua situaţie, începusem să am "copii", şi mă refer la rezultate.

Care a fost "copilul" care v-a bucurat cel mai mult?

A fost descoperirea – şi asta s-a întâmplat destul de rapid – unei activităţi cerebrale care domină somnul, şi pe care am descoperit-o la origine. În timp ce dormim creierul evoluează pe linia unor oscilaţii. Asta e o banalitate, se ştie de când lumea; pentru anumite stări, pentru anumite structuri, patologii, pentru anumite stadii ale somnului. Majoritatea oscilaţiilor erau cunoscute, studiate, lumea se străduia foarte mult să le înţeleagă. Noi am descoperit această nouă oscilaţie complet neaşteptat. Era acolo aşa cum era America, nu poţi spune că ai inventat-o. Ea era acolo tot timpul, toată lumea se uita la ea, numai că n-o vedea! Noi am şi văzut-o, lucram în preparaţia care era cea bună şi cu metodologia cea mai adecvată – lucram într-un creier intact, nu "în felie", cum se spune – lucram *in vivo* într-un creier intact, cu o tehnică numită înregistrare neuronală intracelulară, extrem de dificilă, care de-asta nici nu se face decât în câteva laboratoare din lume, dar care la noi era pâinea cea de toate zilele. Şi descoperirea a venit într-o zi.

Am descoperit o nouă oscilaţie care este un fel de oscilaţie "master", o oscilaţie principală care organizează toate celelalte oscilaţii. Şi care are nişte explicaţii destul de profunde în înţelegerea sensului electrofiziologic şi funcţional al somnului. Ăsta a fost norocul nostru.

Şi care e sensul somnului?

La un nivel foarte banal este ceea ce ştia şi bunica mea: să ne odihnim, să recuperăm de pe urma zilei. Problema e prin ce mecanisme reuşim. Şi aici erau divergenţe, teorii, erau cei care spuneau că ne odihnim prin obnubilare – adică repaus absolut, iar neuronii nu mai fac mai nimic – şi alţii care spuneau că neuronii sunt foarte activi. Această oscilaţie ne spune că în timpul somnului neuronii când se excită, când se inhibă, când se activează, când se odihnesc. Şi din această alternanţă se naşte de fapt repaosul, spre deosebire de veghe, când neuronii sunt continuu activaţi.

Întrebarea este de ce sunt activi în somn? Pentru că atunci trebuie să facem o serie de lucruri pe care nu le putem face în timp ce suntem treji. Ca să supravieţuim trebuie să devenim rapid complet funcţionali, după somn, şi această oscilaţie ne permite să fim exact la limita dintre posibilitatea de a reacţiona şi odihnă. Acesta e un aspect. Un al doilea este faptul că în somn încercăm să nu uităm ce s-a întâmplat peste zi. Aparent, am avea posibilitatea să uităm tot, să nu facem nimic şi apoi să vedem cum mai stăm cu memoria. Ceea ce face această oscilaţie a somnului, periodic, este o mişcare de repetiţie a circuitelor implicate în memorie. Este deci foarte important ca ea să existe. În absenţa ei apare coma. Când ne sculăm din comă nu ştim ce-a fost, uităm lucruri, uneori şi o viaţă-ntreagă. În schimb aşa, dimineaţa când ne sculăm avem toate lucrurile care ne folosesc şi de care vrem să ne-aducem aminte. Apoi există această organizare produsă de oscilaţia lentă, un fel de organigramă de companie – există un stăpân pe barcă, care comandă: tu faci asta, tu asta, în secvenţa asta... Şi care construieşte această arhitectură a somnului.

Importantă a fost descoperirea în sine, faptul că am explicat mecanismul, unde se întâmplă. Restul poate că încă e prea speculativ, ne mai trebuie încă ani de studiu ca să ajungem până la capătul lucrurilor. Nu rămâne mai puţin faptul că, în continuare, oscilaţia lentă rămâne considerată una din breşele majore în cercetarea somnului.

Ea ne-a permis să ne explicăm o serie de fenomene legate de epilepsie – ăştia au fost "copiii" care au venit pe urmă. Am explicat de ce epilepsia se exacerbează în timpul somnului, într-un fel am demistificat epilepsia, pentru că am arătat că sunt mult mai mulţi epileptici pe lume decât se credea, dar nu în domeniul patologicului. Şi noi suntem epileptici, dar nu patologic, nu avem nevoie de medicamente.

Tot pornind de aici mi-am crescut apoi propriul "copil", legat de importanţa unor celule speciale, desconsiderate la momentul respectiv în ştiinţă, celulele gliale. Acestea sunt cunoscute de sute de ani, dar li se acordaseră funcţii periferice. Ori prin cercetări am putut să împing mai departe cunoştinţele despre aceste celule, şi evident am revenit asupra somnului, epilepsiei, pentru ca mai apoi să mă arunc în studierea comei – este ultimul "copil" născut. Din curiozitate şi din dorinţa de a înţelege creierul, în ansamblul lui şi nu în mici particularităţi şi felii, m-a interesat de asemenea circulaţia sanguină cerebrală şi bariera hematoencefalică.

Am arătat că există o funcţionare multi-dimensională, în care toate elementele sunt importante. Nu putem spune că neuronii sunt importanţi pentru inteligenţă, gliile pentru hrana neuronilor, iar sângele e important pentru oxigen. Nu, nu aşa funcţionează creierul. Toate astea sunt adevărate, dar unele se influenţează pe celelalte şi fiecare are nevoie de celelalte două. E evident că neuronii au nevoie de oxigen şi de celulele gliale pentru a fi hrăniţi, dar au nevoie ca celulele gliale să le semnalizeze problemele, pentru că dacă nu se ocupă de acele probleme, neuronii vor muri sau activitatea poa-

Scanned with OKEN Scanner

Am intrat în celulă și am lăsat-o să vorbească! Am lăsat-o să se exprime, și ea a făcut ceea ce îi era natural!

te deveni paroxistică. De altminteri disfuncția glială este una din problemele care generează epilepsia.

Am arătat că anumite activități în general considerate mistice – pentru că nu se pot măsura – pot fi măsurate, de exemplu, deschiderea barierei hemato-encefalice. Am explicat fenomenul prin care măsura poate fi generată și cum, de exemplu în anumite anestezii, bariera hemato-encefalică poate fi întreruptă. Până acum nu se știa că se rupe prin anestezie, dar am arătat că se poate măsura, și de acum încolo cine vrea să păstreze bariera intactă în timpul anesteziei, nu are decât să măsoare, să vadă când sunt primele semne de întrerupere și să se oprească acolo.

Cum ați denumit oscilația descoperită?

Noi i-am spus la vremea respectivă, în 1993, oscilație lentă – era cea mai lentă care era cunoscută (în jur de 1 Hz) – pe urmă ne-am dat seama că era în frecvența delta, dar n-am vrut să o denumim delta pentru că era deja o oscilație numită astfel. A rămas această denumire, care se folosește. Sunt alții care au numit-o oscilație de două stări – up state și down state – care e un termen foarte la modă. Dar astea sunt denumiri, e mai puțin important, important este să fii acolo când se-ntâmplă.

Acum ce vă doriți să descoperiți, unde vă aflați?

Visul meu e același dintotdeauna, să fiu util prin ceea ce știu, și a rămas același, nu mi-am dorit să descopăr nimic în particular. Când eram copil visul meu era să fiu Coandă. Apoi s-a cristalizat această idee, de a fi util, productiv, și cred că a fost lucrul care m-a ajutat cel mai mult. În general încerc să mă uit acolo unde nu se uită alții – e stilul meu de a lucra, de a găsi ceva nou acolo unde alții nu văd, sau nu vor să se uite, sau nu știu...

Descoperirea, din punctul meu de vedere, este legată de observație, trebuie să fii un observator. Eu nu cred în cei care își propun să descopere secretul scândurii – asta înseamnă că în scândură există ceva, că ai o idee de plecare – nu spun că e rău, dar din punctul meu de vedere înseamnă că deja o parte din drum e stabilit, prefigurat, ai intrat deja într-un laț și nu mai ieși din el pentru că asta urmează să faci. Nu, mie îmi place mai mult să mă gândesc, să mă uit, să văd cum funcționează creierul, să îl înregistrez. Așa s-a întâmplat cu oscilația lentă.

Vreți să spuneți că lucrurile sunt acolo, dar noi nu le vedem?

Exact! Exact asta este problema noastră! Sunt oameni destoinici la inventat lucruri, și sunt foarte utili. Nu sunt eu genul care să găsesc un nou tirbușon, de exemplu. Sunt genul mai liniștit, care mă uit, măsor, dacă pot, mă gândesc. Și încerc să-mi explic ce văd. Așa s-au întâmplat toate lucrurile până acum. Tot ce vă spun erau lucruri care erau acolo, și pe care alții, grăbiți, sau care poate nu aveau cunoștințele necesare, nu le-au văzut.

Practic cum ați făcut? Ați încercat să găsiți un tipar pe baza observațiilor?

Rutina pe care am învățat-o era să intrăm în celule să le măsurăm, să le stimulăm, le supuneam la tot felul de manevre electrofiziologice ca să le determinăm anumite proprietăți. Stimulându-le, le impuneam un comportament care nu le era natural. Primul lucru pe care l-am făcut, când am reușit să fiu suficient de independent, a fost că am intrat în celulă și am lăsat-o să vorbească! Am lăsat-o să se exprime, și ea a făcut ceea ce îi era natural. Și pentru o rațiune pe care nu mi-o pot explica în nici un fel, acest lucru n-a fost făcut de nimeni până atunci. E-adevărat, nu sunt mulți cei care înregistrează celulele, dinăuntrul lor. Și asta a fost esențial! Deci e adevărat, n-aveam mare competiție, dar ulterior ne-am uitat prin cărți, și oscilația lentă era acolo, era în toate cărțile de când se înregistrează electroencefalograma (EEG-ul), în somn. Ea este! Dar e amalgamată cu alte oscilații, și îți trebuie un ochi pe care eu acum îl am. În primul articol am scris că această oscilație, retrospectiv, este, se vede. Dar a trebuit să o arătăm intracelular, și atunci toată lumea a văzut-o și a luat cunoștință de amploarea fenomenului. Ea era acolo!

Când am început să lucrez cu celulele gliale, îmi aduc aminte de o discuție cu prof. Steriade, care era un sceptic al celulelor gliale, și mi-a spus că nu sunt importante, că n-au nici un rol. Fusesem instruit că dacă se-ntâmplă să intru într-o celulă celulă glială cu un electrod să ies în jumătatea de secundă următoare.

În momentul în care am putut să-mi acord acest timp, m-am întrebat: Ce fac celulele gliale? Hai să le lăsăm să vorbească! Și am constatat că au multe de spus. A fost iar un început de epocă, și iată că acum sunt creditat și cu cunoștine în acest domeniu...

Și după toate aceste cercetări fundamentale, la un moment dat am con-

Scanned with OKEN Scanner

statat că sunt prețuit pentru ansamblul acestor lucruri, ca de exemplu pentru cum se generează EEG. EEG este singurul lucru care poate fi înregistrat în mod foarte fiabil și reproductibil la om, și pe mine în fond asta mă interesa, aplicația clinică. Am vrut să fiu medic, dar nu eram făcut să învăț pe de rost, era epoca... Dar nu mi-am uitat acest vis, și de-asta m-am dus în inginerie biomedicală... Tot de-asta, când s-a ivit ocazia unui doctorat în neurofiziologie am sărit în el, și acum, pentru că porțile clinicii s-au deschis, m-am aruncat în ele pentru că mă interesează să fie aplicabil în clinică ceea ce știu. Iar eu din clinică îmi trag idei, și lucrez în continuare la lucruri care să fie aplicabile în clinică. Nu mă interesează dacă șobolanii se învârt în cerc la stânga sau la dreapta, decât în măsura în care există o aplicație la om.

Ce faceți acum, cum se desfășoară o zi de lucru – studenți, clinică ...

În continuare regula muncii înverșunate este cea care domină. Lucrez atâta timp cât este nevoie, încerc să-mi drămuiesc proiectele, îmi dau seama că nu am o capacitate infinită. Am obligații legate de învățământ, din fericire am o sarcină rezonabilă, predau ceea ce îmi place și unde pot fi util. Predau cursuri de fiziologie și anestezie, câteva cursuri cu iz informatic pentru dentiști, dau cursuri de neurologie la Facultatea de medicină, cursuri de neuroștiințe sau în legătură cu neurologia pentru masteranzi sau doctoranzi.

Cum se vede România din Canada?

Lumea cercetării este extrem de dură – competiția pentru fonduri, posturi, faimă, ego-uri, șamd... E o lume la fel de dură ca oricare alta, este supraviețuirea pentru pâinea de a doua zi, din punctul ăsta de vedere iluzii nu am. Dar e-adevărat că se derulează, poate, la un nivel diferit. Ceea ce societatea de-acolo îți dă, uneori, e această satisfacție de a-ți spune că ești util, și din când în când îți mulțumește. Evident, te exploatează, trage tot ce e bun, dacă ești dispus să dai, dar te simți util și asta e mare lucru.

Pe cei din România îi văd așa cum vreau să-i văd. Depinde unde mă uit! Eu am plecat pentru că mi-am spus că în timpul vieții mele active nu se vor petrece schimbări care să mă satisfacă. Sunt totuși cazuri individuale, oameni pe care îi cunoști... mă uit la acești prieteni de la ASNER (Asociația Societatea de Neurofiziologie Electrodiagnostică din România), o mână de oameni care au reușit să facă ceea ce aș fi spus că e imposibil, și mă refer în particular la Tudor Lupescu, Bogdan Florea și la Ioana Mîndruță, care au pus pe roate ceva care părea imposibil. De ce o fac, cum? Acum îmi dau seama cum o fac și încerc să îi ajut cum pot.

Ați găsit în vis vreo soluție?

Mi s-a-ntâmplat să visez o problemă care mă obseda de câteva zile și să mă trezesc cu soluția. Oscilația lentă!

De ce visăm atât de mult, pentru că natura nu risipește... Ște știe de ce?

Nu se știe și probabil nu se va ști. Nu, nu cred că vom ști vreodată. Pentru că nu avem cum să aflăm. De exemplu, noi încă nu știm cum gândim. În primul rând pentru că ne învârtim în cerc: ne folosim propriul creier ca să ne-nțelegem propriul creier. În al doilea rând, noi căutăm într-un loc greșit – în franceză se spune "chercher midi à quatorze heures". În al treilea rând, nu cred că noi gândim cum gândesc animalele. Avem niște mecanisme similare, paralele, dar nu cred că sunt identice, și atunci toți cei care încearcă să înțeleagă gândirea prin experimentare animală iau un drum greșit. În plus, nu putem experimenta pe om la nivelul de performanță atins la animal, din motive absolut etice și de înțeles. De-asta spun că există o limitare peste care nu putem trece.

Constantin Bălăceanu Stolnici spunea într-un interviu pentru Medica Academica că în neurologie 80% dintre bolnavi nu pot fi ajutați, dar fiecare e un obiect de studiu.

Ca orice statistică e falsă, e o cifră. Am un fecior de care sunt extrem de mândru, devine chirurg ortoped, am învățat de la el multe lucruri. Și când și-a ales specialitatea, ortopedia, am fost intrigat, dacă nu chiar undeva pe marginea dezamăgirii. L-am întrebat: de ce? Mi-a spus că pacientul va pleca de la el cu problema rezolvată, iar fericirea lui va fi să nu-l mai revadă. La neurologie e altfel, te uiți la pacient și aproape sigur știi că e pacient cronic, îl vei revedea cu o anumită frecvență, iar starea lui nu va face decât să se deterioreze. Noi, cei care ne considerăm sănătoși, suntem toți niște pacienți neurologici. Și există această identitate, singularitate a cazului. Fiecare pacient este un pacient pe care trebuie să-l descoperi. Mie asta îmi place în neurologie, este o muncă de detectiv, investighezi, ajustezi.

Credeți în minuni?

Minuni se-ntâmplă, dar sunt lucruri pe care nu le-am privit cum trebuie. Pentru mine asta înseamnă minuni, e ceva la care nu m-am așteptat pentru că nu am privit sau nu am înțeles bine fenomenul.

Când ați fost cel mai fericit, când ați descoperit oscilația lentă?

Aș vrea să am un fericirometru care să-mi spună când lovesc un maxim, dar n-am. Și cu oscilația lentă, a fost un moment în care am strigat evrika, dar fericirea s-a înșiruit pe un an de zile, cât au durat investigarea și rafinarea datelor, an în care au fost momente de maximă disperare și de maximă fericire. Am însă o baterie ascunsă, o baterie de rezervă, care este muzica. Cânt la vioară! Anii de mare fericire au fost în facultate, când am cântat atât cu Orchestra inginerilor, cât și cu a medicilor. Acum șase ani a fost Orchestra inginerilor în turneu și m-au căutat să dau concert cu ei la New York, am cântat, ceea ce a fost un moment de maximă fericire. Am două orchestre în care cânt, orchestra medicilor din Montreal - "I Medici di McGill", și de două ori pe an în World Doctors Orchestra. Anul acesta avem un concert pe 11 septembrie la Washington și în decembrie două concerte în China.

Ce compozitor vă place? Ce vă place cel mai mult să cântați?

Mi-ar place să acompaniez Ultimele patru cântece ale compozitorului german Richard Strauss. Pentru mine, e cel care îmi vorbește. <<<

Scanned with OKEN Scanner

BPOC-ul vârstnicului - un altfel de BPOC? (II)

Florin Mihălțan, Institutul de Pneumologie "M.Nasta" București;
Iulia Lunceanu, Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu - Medicală;
Armand Răjnoveanu, Disciplina de Medicină Muncii, UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca;
Ruxandra Ulmeanu, Institutul de Pneumologie "M. Nasta" București

BPOC-ul vârstnicului rămâne o permanentă provocare pentru clinician. Cumulul de comorbidități, severitatea afecțiunii principale, dificultățile de complianță, de monitorizare a terapiei și asistența paliativă sunt doar câteva dintre problemele care se adaugă la tratamentul de fond al bolii. >>>

(Urmare din numărul anterior)

C. Management - particularități de exprimare și abordare ale bolii la vârstnici

c.1.Spitalizarea

BPOC-ul la capitolul spitalizări reprezintă o nouă afecțiune frecventă pe lista spitalelor italiene.[24] Distanța între spitalizări este adesea de una - două luni, majoritatea internărilor provin din zona urbană și din apropierea marilor coloși industriali, iar dintre pacienții de peste 65 de ani doar 10,6% au avut un singur diagnostic. Adesea numărul mare de exacerbări reflectă absența unui serviciu de asistare al pacienților în ambulator.

În condițiile în care se face corelarea cu fluctuațiile concentrațiilor diferitelor particule din atmosfera poluată urbană, cu diferite dimensiuni sau cu poluați gazoși, așa cum au încercat autori finlandezi, se observă[25] că spitalizarea crește ca frecvență la copiii astmatici, fiind legată de particulele fine (sub 2,5 microni), provenind din trafic și având un efect întârziat, pe când la vârstnicii cu BPOC cele de lag 0 PM(2,5), poluanții gazoși și particulele brute au efecte imediate. La acestea se alătură și cele PM(2,5) provenind din trafic. Mai există câteva caracteristici ale spitalizării octogenarilor pentru exacerbări care trebuie cunoscute de clinicieni și sunt foarte bine studiate de cercetătorii spanioli: pacienții de peste 80 de ani sunt spitalizați în medie pentru 11,4 zile (fără diferențe față de BPOC-urile la bolnavi mai tineri), au la externare valori ale VEMS-ului de 39% din valoarea teoretică (fiind forme severe), au un «body mass index» mai mic în comparație cu grupul mai tânăr, au mai multe comorbidități, o dependență funcțională mai mare (indexul Katz) și scoruri Pffeifer și Yesavage (de depresie) agravate.[26]

c.2.Managementul formelor stabile este strict legat de comorbidități, care joacă un rol primar ca marker prognostic la BPOC. La vârstnici, un mixaj de măsuri farmacologice și non-farmacologice pot ameliora statusul; doar întreruperea fumatului și aplicarea oxigenoterapiei în condițiile unei insuficiențe respiratorii cronice asociate pot întârzia evoluția bolii, la fel ca la alte grupe de vârstă. În schimb, exacerbările la vârstnici sunt un marker prognostic negativ cu declin în sfera independenței personale la foarte mulți dintre pacienți. Acest lucru poate fi prevenit doar printr-o îngrijire continuă a acestora indiferent de stadiul bolii, în special prin programe geriatrice dedicate.[27]

c.2.1.Terapia farmacologică și dovezile utilizării și eficacității sale la vârstnici sunt rare în literatură, deoarece majoritatea studiilor și cercetărilor au mers pe pacienți până la vârsta de 64 de ani, iar criteriile severe de excludere au scos pacienții în vârstă (aceștia asociau comorbidități neuropsihologice, locomotorii și frecvenți exacerbatori, adică o patologie frecventă la aceste vârste extreme.[1] Pe de altă parte, modificările structurale, musculare, parenchimatoase și vasculare ale vârstei pulmonului fac nesigure testările cu efecte similare la această categorie de pacienți comparativ cu cei mai tineri. Există însă câteva probleme în terapia acestora care merită discutate.

I.Incapacitatea folosirii corecte a inhalatoarelor crește cu vârsta, acești pacienți neînțelegând rolul și scopul utilizării acestora. Într-un studiu desfășurat pe parcursul a patru ani, 40% dintre ei s-au dovedit a fi incapabili să le folosească.[28] Cele mai frecvente cauze identificate sunt deficiențele de coordonare ale timpilor de inhalare cu administrarea substanței, o dexteritate manuală redusă datorită suferinței fizice (boli ce afectează mâna, articulațiile) și mai ales afectarea funcției cognitive (reducerea scorului mental sub 7 pe o scară de la 0 la 10).[28] De aici derivă și alte consecințe. Astfel, o întrerupere a corticoizilor inhalatorii în BPOC-ul moderat și sever crește de 9 ori frecvența exacerbărilor,[29] iar o subanaliză a Torchului[30] a arătat că o scădere modestă în utilizarea inhalatoarelor (sub 80%), fie că e combinația salmeterol-flu-

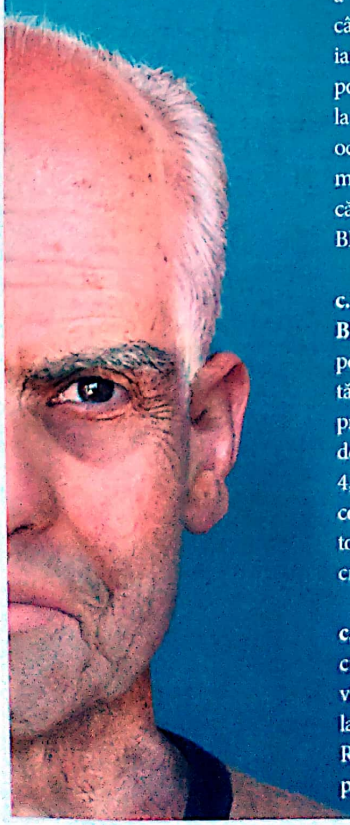
Scanned with OKEN Scanner

ticazonă sau doar monoterapie, induce o creştere a mortalităţii comparativ cu cei care utilizează peste 80% dintre inhalatoarele prescrise. Se impune alocarea unui timp mai îndelungat pentru explicarea folosirii acestora, iar în cazul prezenţei demenţei senile se poate trece pe nebulizatoare sau pe medicaţie orală.

II. Siguranţa utilizării unor medicamente precum teofilina

Aşa cum arată un studiu japonez, teofilinele retard pot fi folosite în siguranţă la vârstnicii cu BPOC (reacţii adverse la 4,71% dintre aceştia), efecte adverse mai frecvente înregistrându-se doar la cei cu afecţiuni hepatice (risc relativ de 1,18) şi la cei cu aritmii (risc relativ de 1,88). Primele cinci efecte adverse sunt greaţa, pierderea apetitului, hiperuricemia, palpitaţiile şi creşterile de fosfatază alcalină.[31]

c.2.2. Complianţa la terapie a vârstnicilor, estimată la 68%,[32] poate fi evaluată alături de numărătoarea dozelor sau tabletelor şi de autoraportări, cu ajutorul unor combinaţii de teste (Morisky-Green test: MGT; Batalla test: BT) care determină atitudinea faţă de tratament şi cunoştinţele acestora.



c.2.3. Intervenţiile chirurgicale recomandate la vârstnicii cu BPOC întâmpină de asemenea o serie de greutăţi. Dacă în cazul lobectomiei aceasta este indicată de chirurgii de chirurgie toracică la neoplasmele bronhopulmonare non microcelulare la aproape toţi cei de 55 de ani fără comorbidităţi (proporţie ajustată 98,6%), la cei de 55 ani cu BPOC moderat (proporţie ajustată 97,8%), sau la cei de 80 ani fără comorbidităţi (proporţia ajustată 98,1%), mult mai puţine sunt recomandate la cei de 80 de ani cu BPOC moderat (proporţie ajustată 82,3%), sau pentru formele severe indiferent de vârstă (rată ajustată-18,7% pentru cei de 55 de ani şi 6,1% pentru cei de 80 de ani) ($P < 0,002$). Concluzia autorilor este că rata lobectomiilor nu este legată de vârstă, cât de severitatea BPOC-ului.[33] În cazul intervenţiilor pe cord există un impact al vârstei şi al comorbidităţilor, frecvenţa BPOC-ului preoperator şi a bolilor vasculare periferice crescând pentru cei de peste 60 de ani, iar mortalitatea intraspitalicească postoperatorie majorându-se de la 3,5% la septuagenari la 10% la octagenari. Aici, alături de alte comorbidităţi şi de rezerva fiziologică scăzută, îşi aduce contribuţia şi BPOC-ul.[34]

c.2.4. Detubarea pacienţilor cu BPOC cu stări grave în vârstă de peste 70 de ani, versus cei sub această vârstă, se constituie şi ea într-o problemă, prelungind la mai mult de 4 zile acest moment (risc relativ 4,3) pentru a reduce morbiditatea; concomitent se impune o măsurătoare obiectivă a volumului de secreţii şi a forţei tusei .[35]

c.2.5. Reabilitarea este şi va rămâne cu accente particulare la pacienţii vârstnici. Se punea întrebarea dacă la aceste vârste există încă beneficii. Răspunsul vine de la un studiu japonez, care diferenţiază două categorii: vârstnicul tânăr (65-74 de ani) şi cel avansat (peste 75 de ani). Programele de reabilitare, constând în exerciţii şi teste de anduranţă pentru extremităţile inferioare, condiţionarea musculaturii periferice şi sesiuni de educaţie pe perioade de două săptămâni, evaluate la trei luni prin măsurarea capacităţii de efort, a calităţii vieţii şi a consecinţelor pe dispnee, au arătat că nu există diferenţe între cele două grupe analizate, cu excepţia testului de mers de 6 minute şi a scalei QoL, care au fost semnificativ mai mari ca valori la grupul de pacienţi cu BPOC cu vârste de peste 75 de ani.[36] Exerciţiul fizic regulat şi antrenamentul moderat au un efect pozitiv asupra mobilităţii pacientului, ameliorează independenţa bolnavului şi reduc recidivele, cu condiţia efectuării examenului cardio-vascular la persoanele de peste 50 de ani şi a evitării nivelelor de stres maximale.[37]

c.3. Managementul exacerbărilor în BPOC-ul vârstnicului

Evidenţele sugerează că există o diferenţă pe sexe a prevalenţei, sensibilităţii, severităţii şi a răspunsului la tratament în privinţa exacerbărilor. Femeile erau mai tinere decât bărbaţii (69,1 versus 70,6 ani) şi mai frecvent nefumătoare (4,2% versus 14,4%); tulburările cognitive erau mai frecvente la sexul feminin (6,4% versus 3,9% la sexul masculin) şi la fel şi desaturările şi hipercapnia, toate acestea dovedind că există diferenţe în privinţa factorilor de risc şi a severităţii BPOC-ului.[38] La vârste avansate aceste exacerbări au o semnificaţie particulară, ele crescând cu progresia în vârstă, iar consecinţele sunt mai grave decât la tineri.[1] Riscul de acutizare în BPOC creşte cu 20% la fiecare zece ani de avans ca vârstă,[39] sau, aşa cum arată un alt studiu, cu 9% la fiecare cinci ani la peste 65 de ani.[40] Rata mortalităţii creşte cu 30% la fiecare zece ani[41] şi creşte durata spitalizării la cei peste 65 de ani.[42] Riscul de deces este foarte mare în primele trei luni de la externare la cei peste 75 de ani,[43] iar cel de reinternare este de asemenea crescut (15% în primele trei luni de la prima externare şi de 30% în următoarele 6 luni).[42]

Şi din punct de vedere al cauzelor sunt foarte multe de spus. Este clar că la vârstnic sunt mai relevanţi cei trei factori de risc – hipersecreţia de mucus, infecţiile respiratorii şi comorbidităţile cardiovasculare. Hipersecreţia de mucus este un puternic predictor al incidenţei infecţiilor respiratorii în următorii zece ani, dar şi de deces în BPOC (risc relativ-2,5) fiind asociat cu valori ale VEMS-ului mai scăzute, dar nu şi cu un accelerat declin al acestui parametru funcţional. Gradul de fatalitate este însă mult mai mare la vârstnici, şi există astfel o asociere la vârstnicii cu astfel de probleme între poluarea atmosferică şi prezenţa concomitentă a comorbidităţilor cardio-vasculare.[44] La cei peste 85 de ani, fără BPOC, incidenţa infecţiilor de tract respirator inferior este de 94/1000 persoane/an, iar fumatul rămâne cel mai important factor de risc care susţine această rată crescută de infecţii pulmonare, fiind prezent la 32% dintre cei care reprezintă această grupă de vârstă.[45] Dacă din punctul de vedere al frecvenţei germenilor, pe primele locuri întâlnim aceleaşi bacterii ca la adultul cu BPOC (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* şi *Moraxella cattarhalis*) şi nici *Pseudomonas Aeruginosa* nu este mai frecventă, factorii de risc care dictează evoluţia pacienţilor vârstnici cu BPOC sunt: o funcţie pulmonară redusă, folosirea frecventă a antibioticelor, colonizarea bacteriană a tractului respirator inferior în faza stabilă a bolii[46] şi modificarea subtipurilor bacteriene, de multe ori mai evidentă decât creşterea încărcării bacteriene.[47] Oricum, rolul infecţiilor în acutizările de BPOC la cei de peste 70 de ani este mult mai mare (sunt prezente la 78% din exacerbări, faţă de 50% cât se raportează la toate vârstele).[48] Există o justificare a utilizării antibioticelor standardizate de medicul de familie, deşi nu se indică în ambulatoriu examenul de spută şi floră specifică de rutină, şi deşi se pare că

Scanned with OKEN Scanner

la această categorie de pacienți nu se face totuși un exces de indicație (înaintea spitalizării doar mai puțin de 20% dintre pacienți primesc antibiotice).[49] Acestea sunt indicate când apare purulența, febra, la un VEMS sub 30%, când pacientul are peste 70 de ani și are o radiografie pulmonară cu modificări pulmonare sugestive și procalcitonina cu valori crescute.[50,51] Reacțiile adverse sunt însă mai frecvente, printre cele de temut fiind citată enterocolita cu *Clostridium difficile*. Ghidurile mai recente recomandă la această grupă de vârstă amoxicilina și doxiciclina.[1]

Importante rămân însă strategiile de evitare a spitalizărilor, deoarece acestea, după cum am arătat deja, marchează o creștere a mortalității. Aici sunt importante următoarele gesturi ierarhizate în:[52,1]

1. **intervenții cu efecte pozitive dovedite științific** (planuri de „self management", supraveghere permanentă de către medicul de familie, îngrijiri planificate pentru cei cu tulburări ale funcției cognitive, revizuiri în departamente de urgență de către specialiști, integrarea îngrijirilor primare și a celor secundare, telemonitorizarea celor cu insuficiență cardiacă concomitentă)
2. **intervenții cu beneficii mici sau fără beneficii** (revizuirea medicației de la domiciliu de către farmacist, îngrijiri "intermediare", externare precoce, îngrijiri acordate de infirmiere în faza pre- și post-externare
3. **intervenții unde sunt necesare dovezi ale efectului** (prezența medicului de familie la camera de gardă, creșterea dimensiunii practicii medicului de familie, modificarea orelor de consultații, îngrijiri cronice în medicina primară, telemedicina, accesul la servicii sociale în departamentul de urgență, programe de reabilitare, răspunsul rapid al echipei, etc.

c.4. Îngrijiri paliative

Deși vârstnicii cu exacerbări frecvente au un prognostic la fel de prost ca și bolnavii cu cancer pulmonar, îngrijirile paliative în cazul lor sunt în suferință. De ce? Aici a încercat să răspundă Yohannes AM,[53] care a găsit că acest lucru se datorează mai multor factori printre care sunt citați acuratețea prognosticului în cazul supraviețuirii acestor pacienți, care, de fapt, constituie o provocare pentru personalul medical, lipsa resurselor pentru programele de paliație, lipsa dorinței pacientului de a discuta în avans și de a planifica îngrijirile în această ultimă perioadă din viață și motivația mai scăzută a medicilor de familie de a se implica în faza terminală a acestei boli (versus cazul celor cu cancer bronhopulmonar), lipsa de timp și volumul mare de muncă, nesiguranța legată de prognostic și lipsa instrumentelor adecvate de ghidare a medicului de familie, chiar dacă în această fază boala este considerată incurabilă.

c.5. Îngrijirile la domiciliu

Îngrijirile la domiciliu pot face diferența în condițiile în care între cauzele de insuficiență respiratorie predomină BPOC-ul, iar numărul femeilor cu astfel de amenințări este în creștere. Un mai bun management al aspectelor sociale, așa cum se întâmplă în zona franceză prin rețeaua ANTADIR, poate diminua amprenta handicapului respirator la vârstnici.[54]

D. Costurile

Costurile sunt adesea cele care la această vârstă crează cele mai mari dificultăți în încercarea aplicării unui management corect. Produsul domestic (venitul pe cap de locuitor și veniturile personale) al unei țări poate influența deciziile. Există o asociere pozitivă între venitul *per capita* la momentul decesului și mai multe afecțiuni, ca de exemplu cancerul de prostată. BPOC-ul la sexul feminin și cancerul bronhopulmonar, tot la sexul feminin.[55] În funcție de țară, uneori în mod surprinzător (ca de exemplu în cazul Chinei), costurile sunt mai mari pentru pacientul de vârstă medie din ambulatoriu

Bibliografie

1. Nabil Jarad-Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and old age? Chronic Respiratory Disease 2011 8: 143-151
2. Trerotoli P, Bartolomeo N, Moretti AM, Serio G. Hospitalisation for COPD in Puglia: the role of hospital discharge database to estimate prevalence and incidence. Monaldi Arch Chest Dis 2008; 69(3):94-106 (ISSN: 1122-0643)
3. Halonen JI, Lanki T, Yli-Tuomi T, Kulmala M, Tiittanen P, Pekkanen J. Urban air pollution, and asthma and COPD hospital emergency room visits. Thorax 2008; 63(7):635-41 (ISSN: 1468-3296)
4. Almagro P, Rodríguez-Carballeira M, Tun Chang K, Romani V, Estrada C, Barreiro B, Heredia JL, Mascaró J. [Hospitalizations due to chronic obstructive pulmonary disease in the elderly] Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44(2):73-8 (ISSN: 0211-139X)
5. Antonelli Incalzi R - Management of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. Aging Clin Exp Res 2004; 16(1):13-21 (ISSN: 1594-0667)
6. Allen SC and Prior A. What determines whether an elderly patient can use a metered dose inhaler correctly? Br J Dis Chest 1986; 80: 45–49.
7. Jarad NA, Wedzicha JA, Burge PS, and Calverley PM. An observational study of inhaled corticosteroid withdrawal in stable chronic obstructive pulmonary disease. ISOLDE Study Group. Respir Med 2009; 93: 161–166.
8. Vestbo J, Anderson JA, Calverley PMA, et al. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. Thorax 2009; 64: 939–943.
9. Ohta K, Fukuchi Y, Grouse L, Mizutani R, Rabe KF, Rennard SI, Zhong NS. A prospective clinical study of theophylline safety in 3810 elderly with asthma or COPD. Respir Med 2004; 98(10):1016-24 (ISSN: 0954-6111)
10. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Vidal-España F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Leiva-Fernández F. Is it possible to diagnose the therapeutic adherence of patients with COPD in clinical practice? A cohort study. BMC Pulm Med 2011; 11:6 (ISSN: 1471-2466)
11. Rogers SO, Gray SW, Landrum MB, Klabunde CN, Kahn KL, Fletcher RH, Clauser S, Tisnado D, Doucette W, Keating NL. Variations in surgeon treatment recommendations for lobectomy in early-stage non-small-cell lung cancer by patient age and comorbidity. Ann Surg Oncol 2010; 17(6):1581-8 (ISSN: 1534-4681)
12. Guerra M, Carlos Mota J. Adult cardiac surgery: impact on age group differences in preoperative risk factors and early mortality]. Rev Port Cir Cardiotorac Vasc 2008; 15(4):189-93 (ISSN: 0873-7215)
13. El Solh AA, Bhat A, Gunen H, Berbary E. Extubation failure in the elderly. Respir Med 2004; 98(7):661-8 (ISSN: 0954-6111)
14. Katsura H, Kanemaru A, Yamada K, Motegi T, Wakabayashi R, Kida K. Long-term effectiveness of an inpatient pulmonary rehabilitation program for elderly COPD patients: comparison between young-elderly and old-elderly groups. Respirology 2004; 9(2):230-6 (ISSN: 1323-7799)
15. Bergert FW, Conrad D, Ehrenthal K, Fessler J, Gross J, Gundermann K, Kluthe B, Lang Heinrich W, Liesenfeld A, Loew PG, Luther E, Pchalek R, Seffrin J, Sterzing A, Wolfring HJ, Zimmermann U. Pharmacotherapy guidelines for the aged by family doctors for the use of family doctors: Part D Basic conditions supporting drug treatment. Int J Clin Pharmacol Ther 2009; 47(5):289-302 (ISSN: 0946-1965)
16. Moncelly L, Maurer C, Roche N, Zureik M, Chavaillon JM, Quieffin J, Calvaire JR, Louerat C, Strecker A, Mathieu JP, Salmon O, Karimo A, Bonnefoy P, Tanguy B, Talbi S, Blanchon F, Piquet J. [Acute COPD exacerbations in women: EABPCO-CPHG study by the College of general hospital pneumologists] Rev Pneumol Clin 2010; 66(2):107-19 (ISSN: 0761-8417)
17. Miravitlles M, Guerrero T, Mayordomo C, et al. Factors associated with increased risk of exacerbations and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: a multiple logistic regression analysis. Respiration 2000; 67: 495–501.
18. Niewoehlner DE, Lokhnygina Y, Rice K et al. Risk indexes for exacerbations and hospitalisations due to - COPD. Chest 2007; 131: 20–28.
19. Connors AF Jr, Dawson NV and Thomas C. Outcomes following acute acute exacerbation of severe chronic obstructive pulmonary disease. Am.J Respir Crit Care Med 1996; 154: 959–967.
20. Roberts CM, Lowe D, Bucknall CE, Ryland I, Kelly Y and Pearson MG. Clinical audit indicators of outcome following admission to hospital with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2002; 57: 137–141.
21. Connolly MG, Low D, Ansty K, Hosker HSR, Person MG and Roberts CM. Admission to hospital with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: effect of age related factors and service organisation. Thorax 2006; 61: 843–848.
22. Pistelli R, Lange P, Miller DL. Determinants of prognosis of COPD in the elderly: mucus hypersecretion, infections, cardiovascular comorbidity. Eur Respir J Suppl 2003; 40:10s-14s (ISSN: 0904-1850)
23. Sliedrecht A, den Elzen WP, Verheij TJ, Westendorp RG, Gussekloo J. Incidence and predictive factors of lower respiratory tract infections among the very elderly in the general population. The Leiden 85-plus Study. Thorax 2008; 63(9):817-22 (ISSN: 1468-3296)
24. Wilkinson TMA, Patel IS, Wilks M, Donaldson GC, Wedzicha JA. Airway bacterial load and FEV1 decline in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167: 1090–1095.
25. Sethi S, Evans N, Grant BJ, Murphy TF. New strains of bacteria and exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med

Scanned with OKEN Scanner

față de cel în vârstă atunci când acoperă spitalizarea, tratamentul la domiciliu, dar mai mic pentru medicația pe termen lung la cei de vârstă mai puțin avansată. Majoritatea costurilor - 50,1% - sunt în perioada iernii, iar costurile comunității de pacienți cu BPOC reprezintă, în total, un sfert din veniturile totale ale populației investigate.[56]

E.Particularitățile de abordare

Particularitățile de abordare în cazul BPOC-ului vârstnicului trebuie să țină cont de natura sistemică a bolii, dar și de inegalitățile educaționale. Cei cu nivel educațional scăzut au o mortalitate mai mare, iar BPOC-ul la cei de peste 75 de ani este un element unde acest fapt este mai evident odată cu progresia în vârstă.[57]

F.Concluzii

Costurile BPOC-ului vor crește de-a lungul anilor odată cu îmbătrânirea populației, iar consecințele se vor vedea pe multiple planuri, începând de la disfuncțiile multiple induse, fizice și cognitive, până la impactul simptomatic extrem de costisitor al exacerbărilor. Soluția poate fi o abordare extensivă, cu susținere nu doar pe linia funcției respiratorii, dar și prin îngrijirile colaterale și prin atenția suplimentară acordată comorbidităților acumulate odată cu îmbătrânirea. Intervenția trebuie să fie multidisciplinară în populația geriatrică,[58] iar concomitent trebuie identificați markerii de monitorizare și de asigurare a succesului managementului acestor cazuri. Relația BPOC - vârstă trebuie studiată și viceversa, pentru a găsi drumul spre o ameliorare corespunzătoare a calității vieții acestor pacienți.[1] Se știe că există modificări de vârstă, de structură și de funcție ale plămânului, care cresc sensibilitatea din punct de vedere patogenic pentru BPOC[59] și că viața acestor suferinzi crează drame care țin nu doar de prăbușirea fizică, dar și de experiențele dialectice ale resemnării, singurătății, lipsei de sprijin la domiciliu.[60] Cu toate acestea, deși încă nu s-a conturat un fenotip special al vârstei a treia, viitorul poate aduce, prin aprofundarea cercetării pe acest grup populațional, un nou "cluster" cu definiții, variante de diagnostic și terapeutice mult mai adaptate. <<<

2002; 347: 456–471.

26. Papi A, Bellettato CM, Braccioni F et al. Infections and airway inflammation in chronic obstructive pulmonary disease severe exacerbations. Am J Respir Crit Care Med 2006; 173: 1114–1121.

27. Incalzi RA, Corsonello A, Pedone C, Masotti G, Rengo F, Grassi V, Bellia V. Use of antibiotics in elderly patients with exacerbated COPD: the OLD-chronic obstructive pulmonary disease study. J Am Geriatr Soc 2006; 54(4):642-7 (ISSN: 0002-8614)

28. Stockley RA, O'Brien C, Bayley DL, Hill SL. Relationship of sputum colour to nature and outpatient management of acute exacerbation of COPD. Chest 2000; 117: 1638–1645.

29. Stolz D, Christ-Crain M, Bingisser R. Antibiotic treatment of exacerbations of COPD. A randomized controlled trial comparing procalictonin-guidance with standard therapy. Chest 2007; 131: 9–19.

30. Purdy S. Avoiding hospital admission. What does the research evidence say? King fund publication. http://www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding_hospital.html. (Accessed February 2011).

31. Yohannes AM. Palliative care provision for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Health Qual Life Outcomes 2007; 5:17 (ISSN: 1477-7525)

32. Melloni B, Veale D, Binet F, Mounier L, Ludot A, Polu JM, Taytard A. [Social and housing conditions of patients with chronic respiratory failure treated in the ANTADIR Federation] Rev Mal Respir 2007; 24(5):609-16 (ISSN: 0761-8425)

33. Janssen F, Kunst AE, Mackenbach JP. Association between gross domestic product throughout the life course and old-age mortality across birth cohorts: parallel analyses of seven European countries, 1950-1999. Soc Sci Med 2006; 63(1):239-54 (ISSN: 0277-9536)

34. Zhang B, Zhang Y, Yang J, Liu X. [Analysis on direct economic burden of community COPD patients and its influence factors in Chengdu] Wei Sheng Yan Jiu 2007; 36(6):706-10 (ISSN: 1000-8020)

35. Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Gadeyne S, Glickman M, Marinacci C, Minder C, Regidor E, Valkonen T, Mackenbach JP. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. Lancet 2005; 365(9458):493-500 (ISSN: 1474-547X)

36. Antonelli Incalzie R, Pedone C, Pahor M. Multidimensional assessment and treatment of the elderly with COPD. In: Bellia V, Antonellie Inclazie (eds) Pulmonary disease in the elderly. European Respiratory Society 2009; 43: pp.35–55

37. Fukuchi Y. The aging lung and chronic obstructive pulmonary disease: similarity and difference. Proc Am Thorac Soc 2009; 6(7):570-2 (ISSN: 1943-5665)

38. Elofsson LC, Ohlén J. Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. Palliat Med 2004; 18(7):611-8 (ISSN: 0269-2163)

Scanned with OKEN Scanner

90 ani de la descoperirea insulinei:

în căutarea cauzei primare a diabetului zaharat

Prof. Constantin Ionescu-Tîrgovişte,
membru corespondent al Academiei Române

Înainte însă, ce este diabetul zaharat ?

În acccepțiunea sa cea mai largă, diabetul exprimă o tulburare complexă a metabolismului energetic al organismului, adică un defect în utilizarea în țesuturile periferice a tuturor carburanților energetici: glucide, lipide, proteine. Această definiție confirmă viziunea lui Paulescu de acum 100 ani, cel care a schimbat paradigma diabetului, considerat până atunci ca o tulburare strictă a metabolismului glucidic, într-o tulburare referitoare la utilizarea tuturor carburanților energetici. Această importantă schimbare de paradigmă apare clar exprimată în volumul II al *"Traité de Médicine Lancereaux-Paulesco"* publicat la Paris în 1912.[1] Iată paragraful în care este expus foarte clar acest concept:

"Pancreasul, unul dintre cele mai importante organe ale corpului uman, este o glandă derivată din intestin și diferențiată în dublu scop:

1. *de a acționa asupra substanțelor alimentare (albuminoide, hidrocarbonați și grăsimi), modificări care le fac* ***absorbabile;***
2. *de a acționa asupra acelorași substanțe, după absorbția și pătrunderea lor în sânge, în particular asupra hidraților de carbon, pentru a le face apte a fi* ***asimilate****, adică pentru a servi nutriția țesuturilor".*

Urmarea acestei noi viziuni asupra diabetului – adică schimbarea unei vechi paradigme cu una nouă, cea în care gândim și în prezent – a fost conceperea ciclului amplu de experimente pe care Paulescu le-a efectuat între 1916-1921, experimente care au condus la descoperirea hormonului antidiabetic pancreatic pe care el l-a numit ***Pancreină***, dar care în final va căpăta numele de ***Insulină***, așa cum fusese propus în 1909 de fiziologul belgian Jean de Meyer. În două faimoase publicații ale lui Paulescu din 1921, acesta precizează nu numai toate proprietățile fiziologice ale noului hormon (corectarea tulburărilor glucidice, lipidice și proteice, caracteristice diabetului), dar și proprietățile farmaco-dinamice ale noului hormon, pe care îl considera "cheia" tratamentului diabetului zaharat.

Depunerea brevetului de invenție *"Pancreina și procedeul fabricației sale"*, pe 10 aprilie 1922, este dovada cea mai clară a intenției lui. Această intenție a fost cunoscută încă din vara anului 1921 de un mic grup de medici canadieni (am evitat termenul de *cercetători*, care nu poate fi aplicat pentru activitatea lor din 1921-1922), care, preluând și însușindu-și fără scrupule rezultatele lui Paulescu, reușesc într-un interval de timp scurt (câteva luni), cu largul sprijin al firmei Eli Lilly din Indianapolis, SUA, să purifice extractul pancreatic și să-l introducă în terapia diabetului zaharat.

Într-o grabă greu de înțeles în prezent, justificată numai de presiunea mediatică canadiană fără precedent făcută asupra comitetului Nobel, ale cărei detalii au fost făcute cunoscute de istoriograful canadian Michael Bliss (1982), peste numai câteva luni de la războiul din "coșul cu crabi din Toronto" declanșat între cei patru membri ai comandoului canadian (Banting, Best, MacLeod și Collip), comitetul Nobel a decis să atribuie Premiul Nobel pentru Medicină din 1923 lui Banting și MacLeod, în ciuda faptului că pentru comitetul respectiv nu existau dovezi clare (adică lucrări publicate) privind contribuția reală (dacă a existat vreuna) a celor doi în marea descoperire.

Această nefericită atribuire a premiului Nobel face parte din destinul lui Paulescu, al cărui nume este identificat cu *insulina*, chiar dacă premiul Nobel pentru această descoperire a fost atribuit unor persoane care nu-l meritau. Pe măsură ce timpul se scurge și adevărul este din ce în ce mai limpede, literatura din jurul acestei descoperiri se amplifică, impulsionând regândirea noțiunilor de etică și de morală științifică.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Cum a influenţat atribuirea greşită a Premiului Nobel gândirea diabetologică?

Întrucât Destinul a decis ca Paulescu să fie pedepsit pentru îndrăzneala de a descifra unul dintre cele mai ascunse secrete ale vieţii, cercetările lui magistrale dintre anii 1916-1923 au fost abil împinse undeva în umbră, reflectoarele atenţiei fiind îndreptate către cei care primiseră premiul Nobel. Ei erau noii profeţi ai ştiinţei şi numai ideile lor trebuiau să fie luate în seamă. Cum Banting şi MacLeod gândeau în vechea paradigmă a diabetului, mulţi ani după descoperirea insulinei studiul noului hormon a fost canalizat strict către efectul hipoglicemiant al insulinei, diabetul fiind identificat cu hiperglicemia, care a rămas iată, după 100 ani, unicul criteriu de diagnostic al acestui imens sindrom, gândit de Paulescu într-o perspectivă biochimică mult mai largă.

Totuşi, treptat, cercetătorii şi-au dat seama că diabetul este mult mai mult decât o tulburare a metabolismului glucidic (*diabetes mellitus*), afirmându-se că el poate fi la fel de bine considerat şi un *diabetes lipidus* (tulburările lipidice fiind indisolubil legate de acest sindrom), dar şi *diabetes proteinus* datorată tulburărilor proteice importante.[2] Ultimul termen propus într-o prezentare a lui Marliss la Congresul Federaţiei Internaţionale de Diabet din Cape Town din 2006 (la care am fost prezent, sau mai bine zis martor), confirmă, de fapt, viziunea pe care Paulescu o expusese în 1912, cu 90 de ani mai înainte. Cu toate acestea, în acel moment nimeni nu s-a referit la lucrările lui Paulescu şi la descoperirea de către el a insulinei. Este bine ştiut în prezent că numeroasele încercări de a publica în revistele majore ale diabetologiei acest adevăr s-au izbit de un refuz abil justificat: publicaţiile respective (*Diabetes, Diabetologia, Diabetes Care*), nu au printre rubricile lor niciuna care să prezinte puncte de vedere istorice sau cu o nuanţă polemică. Această formidabilă rezistenţă este veche. Ea poate fi ilustrată de dificultăţile mari pe care, între 1969-1971, le-a întâmpinat scoţianul Ian Murray (1899-1974), figură importantă a diabetologiei timpului, care a publicat primele lucrări care demonstrau prioritatea lui Paulescu în descoperirea insulinei. Această atitudine se manifesta faţă de o personalitate mondială absolut imparţială, acţionând în favoarea lui Paulescu (conform spuselor lui), în spiritul fair-playului care trebuie să existe în comunitatea ştiinţifică. Totuşi, Ian Murray face o breşă în embargoul discutării conflictelor deschise din interiorul grupului canadian în 1922-1923, deşi, în surdină, detalii privind violenţele lui Banting împotriva altor membri ai universităţii erau bine cunoscute. În timp, breşa creată de Ian Murray a devenit o falie adâncă, lărgită între stâncile unui munte, prin care în prezent curge fără întrerupere acel râu al adevărului.

În faţa intervenţiilor profesorului Ion Pavel (1897-1991) în favoarea lui Paulescu din perioada 1971-1973, rezistenţa comunităţii diabetologice nord-americane a fost încă şi mai mare, şi aş putea spune din ce în ce mai rafinată şi mai perfidă. Acest lucru rezultă corespondenţa purtată de prof. Pavel cu diferite personalităţi diabetologice ale timpului asupra acestui subiect şi publicată de acesta.[3,4] Dezamăgirea lui este bine ilustrată de amara concluzie tipărită pe coperta acestei lucrări, care sună astfel: *"Am dedicat toate eforturile mele din ultimele două decenii recunoaşterii priorităţii lui N.C. Paulescu în descoperirea insulinei. Analizând astăzi circumstanţele care de 65 ani au nedreptăţit acest mare om de ştiinţă, găsesc că, în ultimă instanţă, această nedreptate este rezultatul unei supărătoare lipse de etică ştiinţifică."*

Dacă există încă mult scepticism în ceea ce priveşte reconsiderarea totală *a adevărului despre descoperirea insulinei*, punctul meu de vedere optimist a fost deja exprimat în 1996, cu ocazia aniversării a 75 ani de la descoperirea insulinei.[5,6] Am fost şi sunt conştient că timpul lucrează în favoarea lui Paulescu.

Scanned with OKEN Scanner

O demonstrează faptul că în două dintre monografiile dedicate istoriei diabetului, publicate în 2010,[7,8] precum și într-un important Tratat publicat în Marea Britanie în același an,[9] datele lui Paulescu cu adevărata lor valoare și portretul său apar constant înaintea celor ale canadienilor. Nu este încă suficient și probabil am apreciat bine că adevărul despre descoperirea insulinei va fi bine exprimat abia în 2021, cu ocazia celebrării centenarului acestei mari descoperiri.

Ca o ironie a sorții (care de astă dată privește destinul "cercetătorilor" canadieni), în 1921, an în care s-a spus apoi, pentru aproape un secol, că s-a descoperit insulina, canadienii nu au publicat nici un rând asupra acestui subiect. Singurul cercetător care a publicat în acel an nu una, ci două lucrări fundamentale asupra secreției β pancreatice, a fost Nicolae C. Paulescu. Așadar, mă întreb, ce lucrare vor invoca în 2021 canadienii, în sprijinul celebrării a 100 de ani de la descoperirea insulinei?

Se mai poate schimba paradigma diabetului?

După ce Paulescu a descoperit insulina, iar efectele terapeutice ale acesteia au fost considerate miraculoase, este timpul să ne întrebăm: care este secretul acestei minuscule molecule (care conține numai 51 de aminoacizi?). În 1956, Frederic Sanger îi descrie structura aminoacidică, iar Orci, în 1985, consideră că celula β-pancreatică este o "fabrică de insulină".[10] Dacă dăm crezare aproximărilor curente, în cele aproximativ un milion de insule pancreatice, câte ar exista într-un pancreas normal, se pot găsi aproximativ trei miliarde de asemenea celule, care, toate la un loc, nu însumează greutatea a mai mult de 1 gram! Poate chiar mai puțin, dacă avem în vedere că fiecare insulă Langerhans este alcătuită dintr-un buchet mic de vase între care se găsesc nu numai celule β pancreatice secretoare de insulină (ele reprezintă cca. 70% din toate celulele) dar și celulele α (secretante de glucagon), de celule δ (secretante de somatostatin), de celulele PP (secretante de polipeptid pancreatic) și celulele ε (secretante de ghrelină).

Așadar, celulele β pancreatice se află cuprinse într-un milion de mici "organele" (insulele pancreatice), al căror diametru variază între 50 μm (insulele mici) și 500 μm (insulele mari). Această arhitectură complexă și complicată a împiedicat și împiedică încă fundamentarea pe baze anatomice certe a noțiunii de "masă β celulară". Noțiunea se referă la ansamblul celor 3 miliarde de celule β, a căror heterogenitate anatomică și funcțională este destul de bine fundamentată.[11] După cum se prezintă datele anatomo-histologice legate de celulele β pancreatice, noțiunea de masă β celulară este mai mult un concept, întrucât nimeni nu a reușit să izoleze toate celulele β dintr-un pancreas, ele fiind încastrate în acele mici bijuterii anatomice numite "insulele Langerhans". Trebuie luat în considerație și faptul că insulele care conțin mai multe celule β sunt cele prezente în coada și corpul pancreasului, și mai puțin în capul său. Acest lucru pare a fi legat de embriologia acestui organ, care rezultă din unirea a două proeminențe endodermale care apar în perioada fetală după săptămâna a cincea de gestație, dar care n-a putut fi urmărită la om într-o succesiune temporală reală pentru simplul motiv că un embrion uman, odată expulzat din uter, nu poate fi analizat decât atunci când a fost expulzat, iar obținerea unor asemenea fetuși, care să fie analizați succesiv pe săptămâni de viață, timp de 9 luni, nu este practic posibilă.

Este momentul să spunem că un handicap major al diabetologiei este încă accesul extrem de limitat al cercetătorilor la țesutul pancreatic uman. Ce se cunoaște în domeniul embriologiei pancreasului provine în special din studiile efectuate pe animale, și prea grăbit transferate ca realitate în anatomo-fiziologia acestui organ la om. Recitind capitolul de embriologie din *Traité de Médicine Lancereaux-Paulesco* din 1912, am constatat că primele cazuri de "*agenezie*" pancreatică sunt magistral prezentate acolo ca asociate cu diabetul zaharat, înainte ca insulina să fi fost descoperită. Evident, exemplele în care pancreasul cântărea jumătate din greutatea sa normală sunt cazuri de *hipogenezii* pancreatice. Este posibil ca ageneziile totale ale pancreasului să nu fie compatibile cu dezvoltarea fătului dincolo de săptămâna a cincea de sarcină. Afirmația că peste 90% dintre sarcini (adică după fertilizarea ovulelor) nu sunt finalizate poate exprima prezența unor "controale de calitate" ale dezvoltării fătului, care declanșează fie expluzarea, fie resorbția unui făt rău dezvoltat în primele lui zile sau săptămâni. Faptul că numărul fetilor morți (dar și al celor vii, dar malformați) este mai mare la pacientele diabetice demonstrează că aceste *puncte de control de calitate fetală*, prin care trece fătul, nu funcționează întotdeauna bine. Lipsa de atenție a acestor "controlori de calitate" poate sta la baza a numeroase tragedii atunci când un făt viabil poartă defecte ireparabile, neuromusculare sau de altă natură.

Genetica și cauza primară a diabetului

Că diabetul este o boală cu mare agregare familială este un lucru de multă vreme cunoscut. Până în prezent au fost identificate cca. 35 gene sau locusuri asociate cu tipul 2 de diabet (cel care apare la vârsta adultă) și un număr apropiat de gene (sau locusuri genomice) au fost identificate pentru tipul 1 de diabet (cel care apare la copil, adolescent sau tânăr și este insulinodependent). Diferi-

tele forme monogenice de diabet (aproximativ 15 descrise până în prezent) sunt forme rare care, toate împreună, nu reprezintă nici 1% din ansamblul cazurilor de diabet.

Trebuie menționat că genetica diabetului zaharat, care a debutat în 1974 prin identificarea primelor gene asociate cu autoimunitatea anti β celulară, a evoluat destul de greu. Până în anul 2007, când au apărut primele rezultate ale scanării genomului în integralitatea lui (GWA - Genome Wide Association), puține gene (~ 10) fuseseră identificate prin metoda numită a "genelor candidate" (adică a genelor cunoscute a fi asociate cu molecule β celulare). Surprinzător, majoritatea locusurilor descoperite ca asociate tipului 2 de diabet prin scanarea genomului (GWA) se găsesc în regiunile necodante ale genomului (în introni) și mai rar în regiunile codante (exonice) a unor gene. Din păcate, *Proiectul Genomului Uman* a creat o mare tensiune de așteptare, inclusiv pentru noi soluții terapeutice, care nu aveau cum să sosească așa de repede. Toți cei care am crescut în speranța unor "terapii genice" miraculoase, ne-am înșelat. Ne aflăm încă în fața unei cărți scrise cu un alfabet pe care îl cunoaștem, dar care este scris într-o limbă pe care nu o cunoaștem. Așa se face că textul genomic este ca un mesaj lung, din care s-a putut traduce numai 2-3% din semnificația lui. Vom traduce în curând mult mai mult din textul încă necunoscut. Va fi aceasta însă o realizare suficientă? Se vorbește mult de *"personal genomics"*, adică de posibilitatea ca celui care dorește, contra unei sume care poate fi în curând rezonabilă, scanarea genomului să fie efectuată și oferită pe un CD sau pe un stick pe care-l vei păstra acasă. Eventual, ți se poate oferi o listă cu "indici genetici" prezenți în genomul tău, care ar putea sugera predispoziția pentru un diabet, un cancer de colon, un Alzheimer, o degenerescență maculară a retinei sau altele. Ți se decelează deci o predispoziție genetică pentru o boală. Pentru ca aceasta să se manifeste însă, mai este nevoie să intervină încă ceva din mediu, un ceva care bănuim a se găsi în imensa chimizare a alimentelor pe care le consumăm, a apei pe care o bem sau a aerului pe care-l respirăm. Cei care au acasă în dulap scanat genomul propriu, cu menționarea bolilor posibile, vor trăi cu teroarea sabiei de deasupra capului, care ar putea să cadă oricând. Chiar dacă ea nu va cădea niciodată, iar persoana va muri de bătrânețe, zilele îi vor fi întunecate de sumbrele presentimente. O viață de coșmar, lungă și pedepsitoare. Merită oare?

Dificultăți în epoca postgenomică

Și totuși știința trebuie să-și poarte crucea mai departe. Cercetătorii trebuie să caute soluții, iar uneori, foarte rar, le găsesc pe cele bune. Acea zi este o zi de sărbătoare. Alteori, foarte ades, nu le găsesc, unii pentru că se fac a le căuta și sunt mulțumiți când lucrările lor rezultate din cercetări haotice se publică. Alții caută fără a ști ce caută. Adeseori cercetătorii ocazionali se orientează pentru a ataca un subiect în funcție de dotarea existentă în laboratorul unde au ajuns, și dacă sunt convingători pot obține și finanțarea unui proiect. Concep un experiment pe șoareci, dublu, triplu sau quadruplu transgenici, pentru ca, observând unele modificări moleculare, să concluzioneze aproape invariabil: "datele noastre experimentale sugerează puternic molecula X sau Y ca o credibilă țintă terapeutică". Directorii științifici ai companiilor farmaceutice ciulesc urechile. Aud că și competitorii lor sunt cu ochii pe datele respective. Urmează apoi o cursă contracronometru care dintre ei să lanseze o nouă clasă de medicamente. Dacă transpunerea cercetărilor efectuate nu se face cu mare grijă și cu mare simț de responsabilitate, evoluția ulterioară a unui asemenea produs poate fi dramatică. Exemplele în acest sens sunt deja numeroase.

Este evident deci că trebuie imaginate căi noi de abordare a bolilor complexe, așa cum este diabetul. O astfel de cale poate fi cea identificată de noi, și anume că pornind de la observația atentă clinico-biochimică a unui număr mare de pacienți să corelăm aceste date cu ceea ce se cunoaște din studiul minuțios al celulelor β pancreatice izolate, ținute în culturi și disponibile pentru a fi analizate în cele mai diferite circumstanțe. <<<

(urmare în numărul viitor)

Bibliografie

1. Lancereaux E. et Paulesco: *Traite de Medicine*, 4 vol., 3870 pag., Paris, Sibiu, 1906, 1908, 1912, 1930
2. Marliss E.B.: *Protein in diabetes and obesity: really for prime time*. Diabetic Med 23 (Suppl. 4): 411-607, 2006
3. Pavel I. *The priority of N.C. Paulescu in the discovery of insulin*. I vol., Edit. Academiei, București 1976
4. Pavel I. *Corespondență în sprijinul priorității lui Paulescu în descoperirea insulinei*. Edit. Academiei, București 1982
5. Ionescu-Tîrgoviște C, *The Re-Discovery of Insulin*. Ed. Geneze, Bucharest, 1996.
6. Ionescu-Tîrgoviște C. *Insulin, the molecule of the century*. Archives of Physiology and Biochemistry 104: 1-7, 1996
7. Savona-Ventura C., C.E. Mogensen *History of Diabetes Mellitus*. Elsevier Masson 2009
8. Tattersal R. *Diabetes: the biography*. Oxford University Press, Oxford, 2009
9. Holt R. I. G., Cockram C., Flyvbjerg A., Goldstein B.J, *Textbook of Diabetes*, 4 Ed Wiley-Blackwell, 2010
10. Orci L. *The insulin factory: a tour of the plant surroundings and a visit to the assembly line*. Diabetologia 28:528-546, 1985
11. Pipeleers D., Ling Z.: *Pancreatic beta cells in insulin-dependent diabetes*. Diabetes Metab Rev 8:209-227, 1992

Scanned with OKEN Scanner

Urolitiaza. O boală veche! Un tratament modern!

dr. **Dan Păduraru,** dr. **Corneliu Poll**

Litiaza aparatului urinar este una dintre cele mai frecvente patologii, fiind consemnată încă din antichitate şi continuând să fie o problemă majoră de sănătate publică atât prin incidenţa în creştere cât şi prin afectarea preponderentă a unui segment de vârstă tânăr, social activ. >>>

Incidenţa bolii este de aproximativ 0,1% în populaţia generală din ţările dezvoltate, vârful de incidenţă fiind între 20 şi 40 de ani. Chiar în aceste condiţii, urolitiaza nu este o patologie rară la nou-născuţi şi la vârstnici.

Factori favorizanţi

- tulburări ale metabolismului calcic, fosfatic, oxalic, al acidului uric; - deshidratarea favorizată de temperaturi mari, patologia fiind endemică în Asia de sud-est şi în Orientul Mijlociu; - compoziţia chimică a apei, cu concentraţie crescută de calciu; - excesul alimentar proteic; - starea de încordare; - ereditatea.

Când se tratează?

Momentul în care medicul trebuie să intervină este discutabil, dar principiile generale care impun abordul terapeutic sunt următoarele:

- calculi cu diametru mai mari de 1 cm;
- prezenţa litiazei urinare simptomatice, necontrolate medicamentos;
- calculi asociati cu obstrucţia căii urinare;
- calculi asociaţi cu infecţie urinară.

Cum alegem modalitatea terapeutică?

Tratamentul multimodal cuprinde, în ordinea crescătoare a agresivităţii:

1. ESWL (tratament minim neinvaziv);
2. Procedee endourologice – tratament minim invaziv (NLP, URS);
3. Chirurgie deschisă.

În domeniul tratamentului acestei patologii s-au făcut în permanenţă progrese şi, deşi ne îndreptăm cu paşi repezi spre tratamentul ideal (chemoliza medicamentoasă), încă suntem departe de acesta.

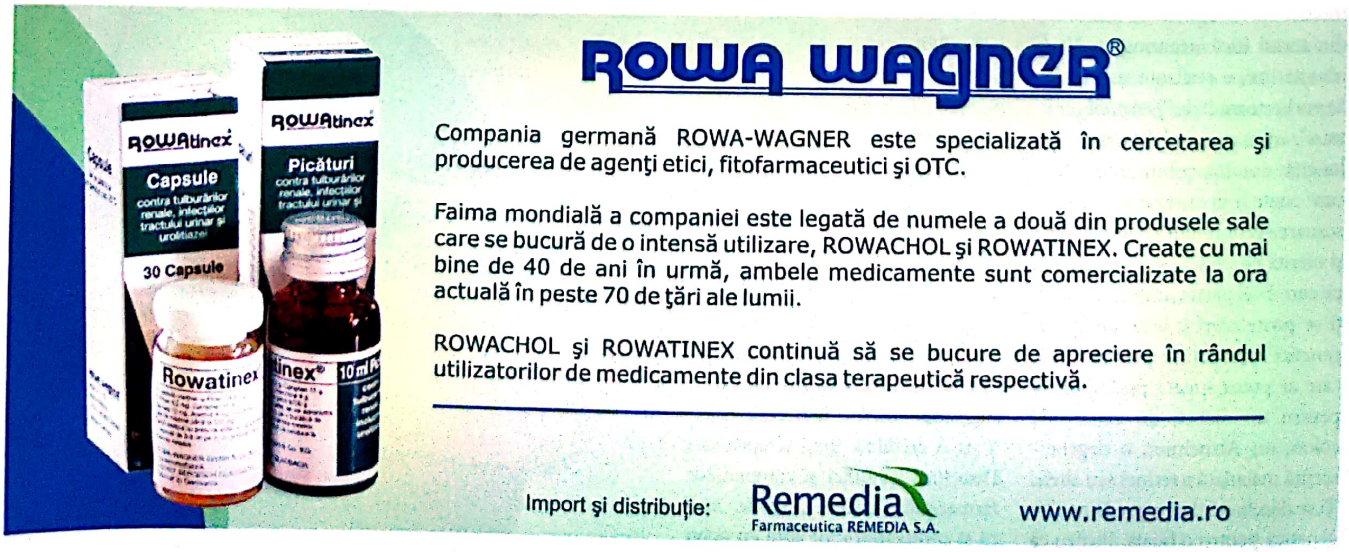
Terapia intevenţională minim invazivă (litotriţia endoscopică a litiazei renale şi ureterale) a debutat în urologie în anii '70, iar litotriţia extracorporeală cu unde de şoc (ESWL) a fost folosită pentru prima dată în 1982 pentru tratamentul unui calcul renal. În momentul actual peste 90% din litiaza de la nivelul aparatului urinar superior se poate rezolva cu ajutorul acestei metode.

Litotriţia extracorporeală cu unde de şoc rămâne tratamentul de primă linie recomandat pentru cei mai mulţi calculi. Cu toate acestea, după ce dezintegrarea este realizată, fragmentele trebuie să traverseze tractul urinar superior pentru degajarea completă. Astfel de fragmente pot să provoace colici renale sau să rămână în sistemul de colectare renal ca şi calculi reziduali, limitând succesul de ansamblu a ESWL.

Mai multe încercări medicale au fost evaluate în ultimii ani pentru a îmbunătăţi eliminarea spontană a calculilor, datele cele mai încurajatoare înregistrându-se pentru antagonistul α – adrenoreceptor, cum ar fi tamsulosin (tratamentul „de expulzie"). Grupul de lucru pentu calculi ureterali, format din membri ai Asociaţiilor Americane şi Europene de Urologie, recomandă folosirea acestui mod de tratament pentru calculi < 10 mm, bine controlaţi, fără complicaţii. În afară de tamsulosin şi antagonişti ai canalelor de calciu, produse biologice, cum ar fi combinaţiile de terpene, sunt propuse ca promotori (iniţiatori) ai expulzării calculilor.

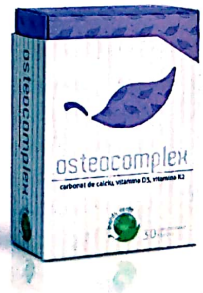
Rowatinex, un amestec de terpene, este bine cunoscut în întreaga lume pentru tratarea simptomatologiei calculilor renali. Recent, un studiu randomizat, controlat, a demonstrat un efect benefic al utilizării Rowatinex în eliminarea calculilor după ESWL. Această abordare chirurgicală şi farmacologică poate oferi pacienţilor o opţiune terapeutică interesantă: un tratament bine tolerat pe bază de plante. Rowatinex este o combinaţie de şapte terpene naturale disponibile. Efectele farmaceutice ale terpenelor incluse sunt: diuretic, spasmolitic, antibacterian şi hiperemic. În consecinţă, Rowatinex este considerat un medicament valoros în tratamentul litiazei renale. În ciuda unei istorii îndelungate de disponibilitate clinică pentru Rowatinex, cu peste 50 de ani de la punerea pe piaţă, numărul publicaţiilor existente este redus; cu toate acestea, sunt publicate patru studii clinice controlate deschise şi cinci studii prospective randomizate. Majoritatea acestor publicaţii arată rezultate favorabile pentru Rowatinex, comparativ cu placebo, în ceea ce priveşte rata de expulzare a calculilor şi a fragmentelor de calculi după ESWL. Rowatinex pare a avea un profil de siguranţă bun, cu o incidenţă scăzută a reacţiilor adverse, care sunt, în principal, de natură gastroenterologică. <<<

(urmare în numărul viitor)



Scanned with OKEN Scanner

OASELE SĂNĂTOASE LA NEVOIE SE CUNOSC.



mundo verde

Cu drag, Natura!

OSTEOCOMPLEX. Remediul natural pentru osteoporoză.

Forma puternic activă biologic, Vitamina K2, reglează metabolismul osos, este esențială pentru absorbția adecvată a calciului şi previne depunerea acestuia la nivelul arterelor, articulațiilor şi organelor interne.

Suplimentarea calciului poate atenua magnitudinea pierderii osoase la femeile aflate în postmenopauză, în combinație cu Vitamina D (favorizează absorbția intestinală a calciului), fiind eficace în tratamentul preventiv al fracturii osteoporotice. Zincul, magneziul şi manganul sunt cofactori esențiali pentru enzime implicate în sinteza diferiților constituenți ai matricei osoase şi joacă un rol important în reglarea depozitelor şi a resorbției osoase.

www.mundoverde.ro

* Acest produs este un supliment alimentar şi nu poate înlocui un regim alimentar variat. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului şi a informațiilor de pe cutie. Dacă apar manifestări neplăcute, adresați-vă medicului sau farmacistului.

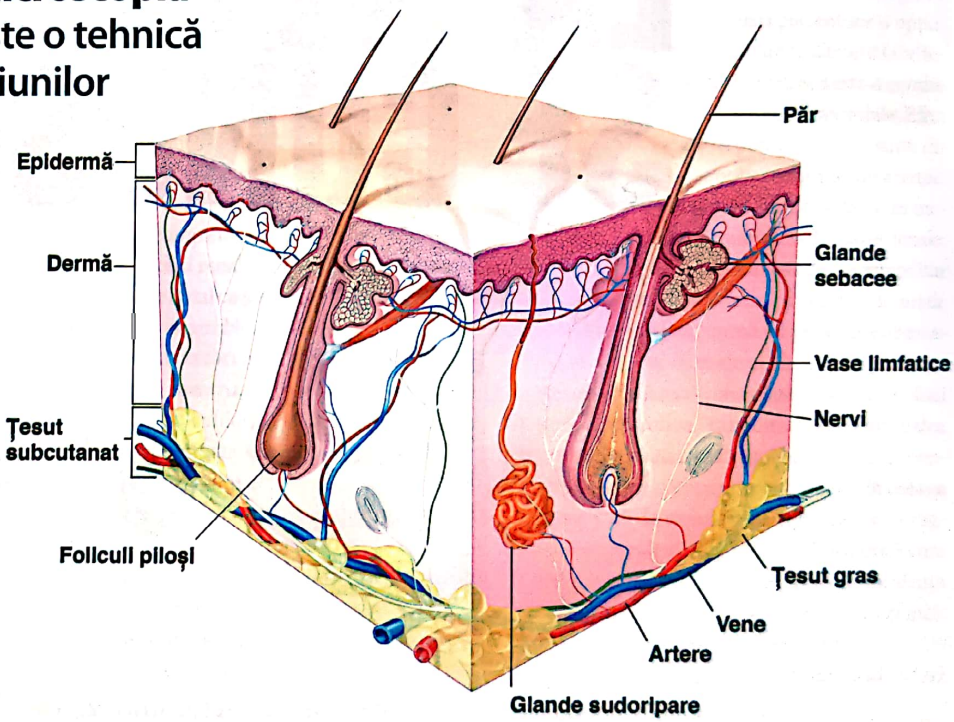
Scanned with OKEN Scanner

Dermatoscopia leziunilor cutanate pigmentare melanocitare

Analiza configurației morfologice

Tudorel Poalelungi[1], prof. univ. dr. **Ion Bordeianu**[2]
[1] Medic specialist dermatovenerologie, Spitalul Clinic C.F. Constanța, Ambulatoriul de Specialitate
[2] Medic primar chirurgie plastică, Facultatea de Medicină, Univ. "Ovidius" Constanța Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă

Dermatoscopia sau microscopia cu epiluminiscență este o tehnică pentru vizualizarea leziunilor cutanate cu obiectiv 10X sau mai mare. >>>



Recenta standardizare a procedurilor de diagnostic stabilite la Consensus Net Meeting on Dermoscopy și definirea unor noi criterii specifice pentru melanom a condus la creșterea eficacității în diagnosticul precoce al melanomului.

Dermoscopia are un raport eficiență/cost pozitiv și conduce la scăderea numărului de excizii nenecesare a nevilor, iar urmărirea dermatoscopică permite detectarea precoce a melanomului.

Incidența melanomului malign (MM) este în creștere și în ciuda eforturilor individuale sau publice de educație medicală, dermatologii, ca și alți specialiști, se confruntă periodic cu forme avansate de MM. Analiza digitală a imaginilor dermatoscopice dă rezultate mai exacte decât analiza digitală a imaginilor clinice. Combinarea examinării clinice și dermatoscopice au îmbunătățit precizia diagnosticului de melanom.[1,2,3]

Indicii cheie de evaluare folosiți în evaluarea dermatoscopică a leziunilor cutanate pigmentare melanocitare

1. Rețea

Este o structură asemănătoare unei pânze de păianjen, constând din linii maro sau negre și găuri hipopigmentate formând o configurație ca un fagure de miere.

tipică - este o rețea regulată, cu linii și ochiuri regulate, relativ strâmtă, de culoare brună cu nuanțe de la închis la deschis, de regulă de la centru progresiv către periferie.

atipică - este o rețea neregulată, cu linii de diferite dimensiuni, îngroșate, întrerupte, distruse, cu ochiuri neregulate, mărite, lărgite, distribuite neregulat pe suprafața leziunii, cu zone colorate neuniform, cu margini abrupte la periferie, distribuție asimetrică, corespunde unor papile dermice lărgite și neregulate.

rețea negativă - liniile rețelei sunt mai late și mai deschise la culoare decât găurile rețelei.

rețea lărgită - este o creștere în lățime a liniilor rețelei pigmentare a leziunilor melanocitare. Se regăsește în 35% dintre melanoamele invazive cu o specificitate de 86%. Este întâlnită frecvent în Lentigo malign. Se corelează histologic cu expansiunea de cuiburi melanocitare la joncțiunea dermoepidermică.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

2. Puncte/globule

Structuri maro, negre, gri, albastre, sferice sau ovoide cu diametre variabile (globule≥ 0,1 mm, puncte< 0,1 mm), agregare de pigment în stratul cornos, epiderm, joncțiunea dermo-epidermică sau dermul papilar. Pentru a fi considerate criteriu în melanom trebuie să fie neregulate ca formă, culoare și dimensiuni în interiorul leziunii.

3. Pete (blotches)

Arii astructurale de orice culoare, ce ocupă mai mult de 10% din leziune. În melanom sunt arii asimetrice distribuite în interiorul leziunii.

4. Striuri (striuri ramificate, "curgere radială" și pseudopode)

Sunt proiecții digitiforme la marginea leziunii, răsărind din rețeaua pigmentară sau tumora solidă; reprezintă cuiburi de melanocite la nivel joncțional.

Pentru a fi considerat criteriu de diagnostic în melanom, striurile trebuie să fie neregulate și distribuite la marginea leziunii.

Morfologic sunt foarte variabile.

Au aceeași corelare histologică.

Se găsesc în 23% dintre melanoamele invazive și au o specificitate de 97%.

Pseudopodele nu trebuie să ocupe o poziție circumferențială uniformă, ca în nevul Spitz.

5. Văl alb-albastru

văl alb-albastru peste o arie elevată - pigmentare alb-albastră confluentă cu margini neregulate, peste care se suprapune o suprafață opacă asemănătoare sticlei pisate.

Histologic reprezintă ortokeratoză, acantoză și hipergranuloză peste plaje bogate de melanocite melanomice, melanofage dense și melanină liberă în dermul mijlociu.

regresie - văl alb-albastru peste o arie maculară - pată hipo/depigmentată sau arie cicatricеal-like cu o zonă periferică albastru-gri și/sau peppering (granule gri-albăstrui); reprezintă melanină liberă în derm sau particule fine de melanină în melanofage, și îngroșare cu fibroză accentuată în dermul papilar.

6. Depigmentarea cicatriceal-like

Faza cronică a regresiei poate fi văzută ca cicatrice.

Depigmentarea cicatriceal-like este văzută ca arii extensive neregulate, albe, bine definite.

Se întâlnește în 36% dintre melanoamele invazive și are o specificitate de 93%.

Depigmentarea cicatriceal-like ar trebui diferențiată de ariile hipomelanotice găsite în mod obișnuit în leziunile cutanate.

7. Pattern vascular atipic

Structuri vasculare neregulate distribuite de-a lungul unei leziuni date, văzute estompat în ariile de regresie. Pot fi întâlnite variații ale pattern-ului vascular atipic:

- ***vase liniare neregulate***, care corespund neovascularizației;
- ***vase punctiforme***, perpendiculare pe suprafața cutanată;
- ***vase polimorfe***, vase multiple neregulate în diametru, lungime și formă, incluzând vase punctiforme, liniare neregulate, în virgulă, ac de păr.

8. Structuri "crisalidă"

Arii în leziune mai albe decât pielea din jurul leziunii, strălucitoare sub lumină polarizată.

9. Culori multiple (5-6 culori)

În melanomul invaziv melanina se găsește din stratul cornos până în dermul mijlociu. Prezența neovascularizației + melanina formează culori multiple.

Pentru a fi un criteriu semnificativ trebuie să fie cinci culori din șase (roșu, maro deschis, maro închis, negru, gri, albastru). Cinci sau șase culori sunt întâlnite în 53% dintre melanoamele invazive, cu o specificitate de 92%.

9. Gestalt

Este un termen din psihologie. Provine din limba germană, unde Gestalt înseamnă „formă, figură, configurație". Termenul a fost importat din filosofia și psihologia germană și este uneori folosit în critica literară pentru a desemna structura operei literare, unitatea sa organică. Cuvântul Gestalt e folosit în limba germană modernă pentru a semnifica modul în care un lucru a fost "plasat," "pus împreună". Nu există un echivalent perfect în limba română, deși "formă" ar putea constitui o traducere uzuală. În psihologie sensul cuvântului este adesea exprimat prin sinonimele "pattern" sau "configurație".[6, 11, 14, 15]

Analiza de Pattern (Gestalt, configurație morfologică)

Metodă clasică de evaluare a leziunilor cutanate pigmentare, Analiza de Pattern (AP) a fost stabilită în 1987. În ultimele două decade mai multe modificări au fost efectuate, astfel că AP a devenit cea mai frecventă tehnică folosită de dermatoscopiștii cu experiență.

Locația, concentrația și distribuția unor structuri dermatoscopice ca rețeaua pigmentară, punctele/globulele, striurile, vălul alb-albastru, regresia, hipopigmentarea, petele și structurile vasculare pot forma pattern-uri globale sau pot forma pattern-uri unice, specifice leziunilor.

Diagnosticul dermatoscopic se bazează pe un algoritm dermatoscopic în două trepte.

PASUL 1: se decide dacă leziunea este melanocitară

PASUL 2: dacă leziunea este melanocitară, se decide dacă este nev (leziune benignă) sau melanom (leziune malignă)

NOTĂ: dacă în pasul 1 nu avem criterii de leziune melanocitară, medicul trebuie să decidă dacă leziunea are criterii pentru epiteliom bazocelular, keratoză seboreică, hemangiom sau dermatofibrom, etc.

Dacă leziunea nu arată criterii pentru leziuni non-melanocitare cunoscute, ca cele de mai sus, atunci este considerată necaracteristică (astructurală, nespecifică). Indicele de suspiciune rămâne ridicat pentru toate leziunile nespecifice, deoarece melanomul amelanotic se poate prezenta ca o leziune complet astructurală.

Uneori aceste leziuni prezintă vase de sânge care prin aspect pot ajuta în diagnosticul diferențial.

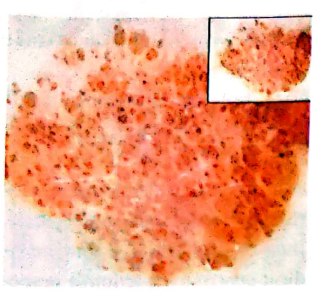
Pasul 1

O leziune melanocitară exprimă de obicei următoarele structuri: ***Rețeaua, striuri*** ("curgerea radială" sau/și pseudopode), ***globule agregate, culoarea albastru oțel omogenă*** (este indicatoare pentru nevul albastru).

Leziunile melanocitare pot fi complet astructurale. În această situație întotdeauna trebuie luat în considerare melanomul ca diagnostic diferențial.

Fig.1 Rețeaua. Leziunea prezintă rețea pigmentară și precizează originea melanocitară.

Diagnostic: ***Nev pigmentar reticular***



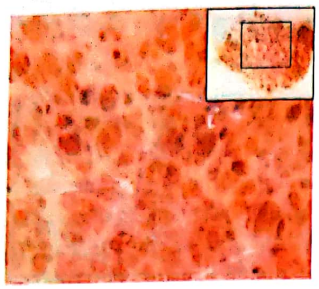


Fig.2 Globulele. Leziunea prezintă globule agregate în "pietre de pavaj" și precizează originea melanocitară.

Diagnostic. *Melanom malign*

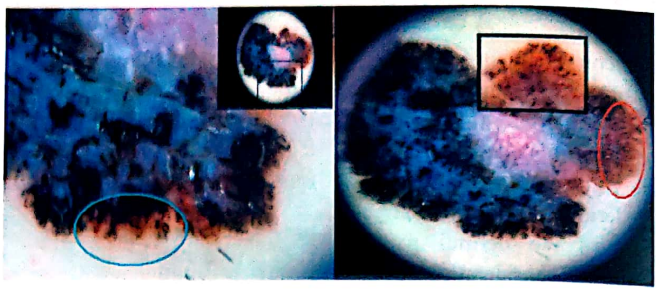


Fig.3 Striuri ("curgerea radială" și pseudopodele). Leziunea prezintă "curgere radială" și pseudopode - cerc albastru. De asemenea, sunt prezente globule distribuite asimetric - chenar negru - și o rețea atipică în periferie - cerc roșu.

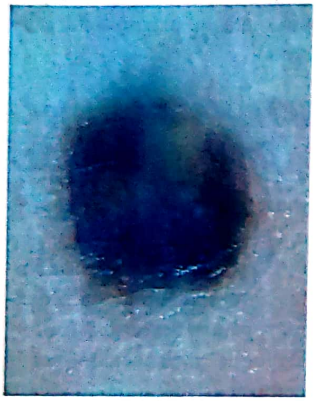


Fig.4 Leziune colorată albastru oțel omogen sau cu nuanțe. Arie albastru închis astructurală

Diagnostic. *Nev albastru*

Pasul II

Dacă leziunea este de origine melanocitară se decide dacă este nev sau melanom.

Nevii au tendința să manifeste unul din următoarele modele benigne:

-rețea localizată sau difuză

-rețea periferică cu hiper-hipopigmentare centrală

-retea periferică cu globule centrale

-numai globule

-globule periferice cu rețea centrală.

Nevii au tendința să manifeste simetrie a structurilor.

Familiarizarea cu modelele dermatoscopice exprimate în mod tipic de nevi asigură un suport adițional pentru a distinge leziunile benigne de cele maligne.

Prin contrast, melanoamele au tendința să devieze de la modelele benigne descrise anterior.

Structurile în melanom sunt distribuite într-un design asimetric. Multe melanoame vor releva una sau mai multe structuri specifice.

- rețea atipică;
- striuri ("curgerea radială" și pseudopode);
- rețea negativă;
- structuri crisalidă (numai cu lumină polarizată);
- puncte și globule atipice (prezente în periferie, roșii, neregulate în formă și dimensiuni);
- pată de cerneală (blotch) periferică;
- văl alb-albastru peste aria elevată;
- văl alb-albastru peste aria plată (peppering) + structuri de regresie;
- arii periferice astructurale brune;
- vase atipice.

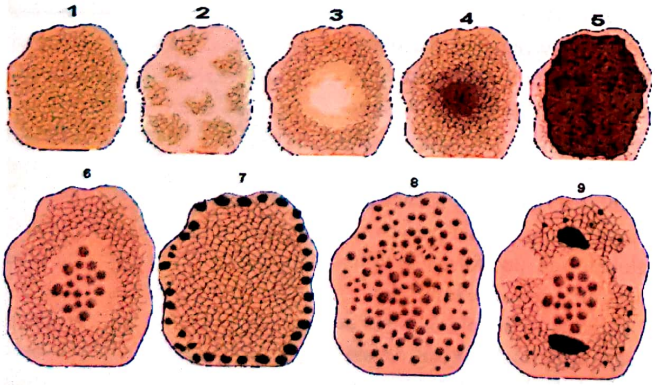


Fig. 5 Modele benigne în nevii pigmentari

1. reticular difuz
2. reticular localizat
3. reticular cu hipopigmentare centrală
4. reticular cu hiperpigmentare centrală
5. astructural omogen
6. reticular periferic cu globule centrale
7. globular periferic cu rețea centrală
8. globular (inclusiv "în pietre de pavaj")
9. multicomponent (simetric)

Fig.6 Reticular cu hiperpigmentare centrală

Fig.7 Reticular cu hipopigmentare centrală

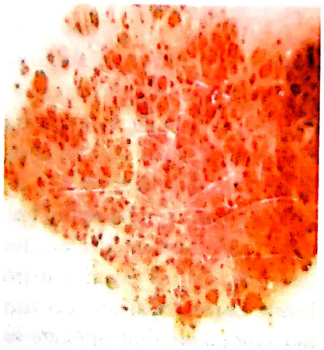


Fig. 8 Globular (inclusiv "în pietre de pavaj")

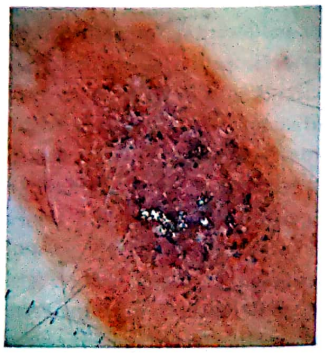


Fig.9 Reticular periferic cu globule centrale

Scanned with OKEN Scanner

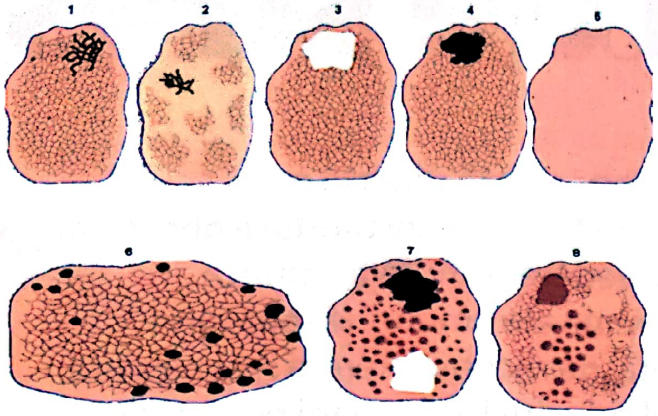


Fig. 10 Modele melanom

- 1 şi 2 - reticular dezorganizat
- 3 şi 4 - reticular cu hiperpigmentare periferică
- 5 - astructural - pată hiperpigmentară sau hipopigmentară
- 6 - reticular globular dezorganizat asimetric
- 7 - globular dezorganizat
- 8 - multicomponent - trei sau mai multe structuri distribuite asimetric

Exemple:

Fig.11 Reţea atipică (cerc alb) şi striuri ramificate (cerc galben)

Fig.12 Striuri (cerc roşu)

Fig.13 Puncte şi globule atipice (chenar)

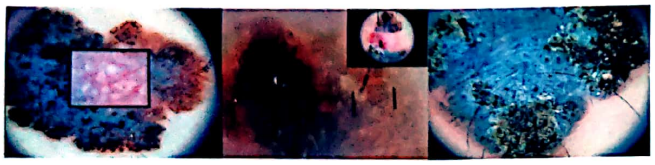


Fig.14 Structuri "crisalidă" (arii în leziune mai albe decât pielea din jurul leziunii, strălucitoare sub lumină polarizată)

Fig.15 Văl alb-albastru

Fig. 16 Pată de cerneală periferică

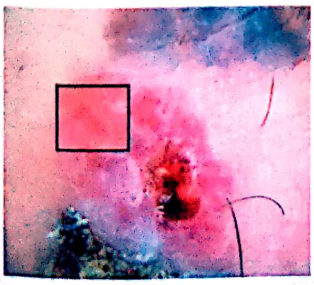


Fig.17 Vase atipice

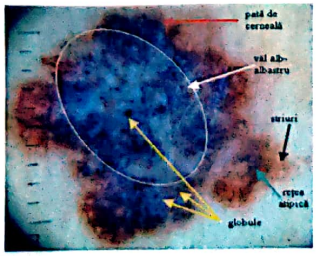


Fig. 18 Pattern multicomponent

Există alte situaţii clinice în care trebuie luate în considerare criterii dermatoscopice suplimentare.

Pentru leziunile faciale, palmare, plantare există criterii dermatoscopice speciale folosite pentru diagnosticul precoce al melanomului (structuri romboidale pentru lentigo malign şi pattern de creste paralele pentru melanomul acral).[4, 5, 7, 9, 10, 12, 13]

CONCLUZII

1. Dermatoscopul reprezintă astăzi stetoscopul dermatologului. Acesta relevă noi şi fascinante dimensiuni morfologice ale tumorilor cutanate pigmentare şi nonpigmentare, de asemenea acesta îmbunătăţeşte recunoaşterea şi a altor afecţiuni în dermatologia generală.
2. Detectarea melanomului rămâne cea mai importantă indicaţie a dermatoscopiei, iar în screening-ul pentru melanom scopul dermatoscopiei este să maximizeze detectarea precoce şi, în acelaşi timp, să minimizeze exciziile nenecesare ale tumorilor benigne cutanate.
3. În ultimii ani, trei meta-analize şi două studii randomizate au dovedit definitiv că dermatoscopia permite îmbunătăţirea sensibilităţii diagnostice în melanom, comparativ cu examinarea clinică.

Acest lucru vine ca o consecinţă a trei elemente:

a. prezenţa precoce de semne dermatoscopice vizibile în melanom, cu mult înainte de apariţia aspectului clinic clasic;

b. verificarea mai atentă a leziunilor aparent banale clinic;

c. atitudinea proactivă a clinicienilor în monitorizarea pacienţilor.

4. Suntem pe punctul de a trece de la diagnosticul clinico-patologic la diagnosticul clinico-imagistic. <<<

Bibliografie

1. Argenziano G, Ferrara G, Francione S, Di Nola K, Martino A, Zalaudek I., "Dermoscopy–the ultimate tool for melanoma diagnosis", "Seminars in cutaneous medicine and surgery", September 2009, vol./is. 28/3(142-8), 1558-0768

2. Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Cicale L, Petrillo G, Ruocco E, Hofmann-Wellenhof R, Soyer HP. "Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study". *Arch Dermatol*. 2004; 140: 1485-9.

3. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, et al. "Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet". *J Am Acad Dermatol*. 2003; 48: 679-93.

4. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, De GV, Sammarco E, Delfino M. "Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis". *Arch Dermatol* 1998; 134: 1563–1570.

5. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, De Giorgi V, Delfino M. "Epiluminescence microscopy: criteria of cutaneous melanoma progression". *J Am Acad Dermatol*. 1997;37:68-74.

6. Bahmer FA, Fritsch P, Kreusch J, et al. "Terminology in surface microscopy". *J Am Acad Dermatol*. 1990;23:1159-1162.

7. Carli P.; De Gi0orgi V., Massi D.; Giannotti B."The role of pattern analysis and the ABCD rule of dermoscopy in the detection of histological atypia in melanocytic naevi" *British journal of dermatology* ISSN 0007-0963 2000, vol.143, n0.2, pp. 290-297(30 ref.)

8. Kittler H. "Dermatoscopy: Introduction of a new algorithmic method based on pattern analysis for diagnosis of pigmented skin lesions", *Dermatopathology: Practical & Conceptual* 2007;13(1):3.

9. Lorentzen H, Weismann K, Sand Petersen C, Grønhøj Larsen F, Skodt V. "Clinical and dermatoscopic diagnosis of malignant melanoma" – assessed by an expert and nonexpert group. *Acta Derm Venereol* 1999; 79: 301–304

10. Massi D, De Giorgi V, Carli P, Santucci M. "Diagnostic significance of the blue hue in dermoscopy of melanocytic lesions: a dermoscopic-pathologic study". *Am J Dermatopathol* 2001; 23: 463-9.

11. Scott Henning, DO, US Army (MAJ), Stephen W.Dusza MPH, Steven Q.Wang MD, Ashfaq A. Marghoob MD, Harold S.Rabinovitz MD, David Polsky MD. PhD, Alfred W.Kopf MD. "The CASH (color, architecture, symmetry, and homogeneity) algorithm for dermoscopy" Accepted 9 September 2006.

12. Soyer HP, Smolle J, Leitinger G, Rieger E, Kerl H. "Diagnostic reliability of dermoscopic criteria for detecting malignant melanoma". *Dermatology*. 1995;190:25-30.

13. Soyer HP, Smolle J, Hodl S, Pachernegg H, Kerl H. Surface microscopy: a new approach to the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Am J Dermatopathol*. 1989;11:1-10.

14. Steiner A, Binder M, Schemper M, Wolff K, Pehamberger H. "Statistical evaluation of epiluminescence microscopy criteria for melanocytic pigmented skin lesions". *J Am Acad Dermatol*. 1993;29:581-588.

15. Yadav S, Vossaert KA, Kopf AW, Silverman M, Grin-Jorgensen C. "Histopathologic correlates of structures seen on dermoscopy (epiluminescence microscopy)". *Am J Dermatopathol*. 1993;15:297-305.

Scanned with OKEN Scanner

Factori de stres

Psiholog, conf. univ. dr. **Irina Anca Tănăsescu**

În percepția comună stresul apare ca o consecință directă a „supramuncii", deși efortul fizic sau intelectual excesiv produce oboseală, și nu stres. Pe de altă parte, din punct de vedere psihologic munca reprezintă una din trebuințele fundamentale ale omului, răspunzând nevoilor sale de realizare, de performanță, de recunoaștere și recompensă, de afiliere, și fiind totodată instrumentul principal al formării personalității. Societatea contemporană a redus însă, aproape până la dispariție, legătura nemijlocită individ-muncă, mediată acum de structuri organizatorice tot mai complexe ce impun condițiile în care ea se desfășoară. Supuse numeroaselor presiuni economice și sociale, organizațiile de muncă se centrează excesiv pe atingerea obiectivelor, fie acestea produse sau servicii. Ignorând factorul uman, mediul organizațional generează tot mai multe disfuncții la nivelul acestuia, cadrul în care se desfășoară activitatea devenind sursă de stres, mai mult decât munca în sine. Acestei situații individul îi poate face față mobilizându-și întreaga sa personalitate, capacitatea de a gestiona stresul implicând dezvoltarea permanentă a resurselor de care ea dispune. >>>

Abordări ale noțiunii de stres

În principiu, solicitarea psihică este un factor de mobilizare a resurselor interioare și de progres, stimulând subiectul uman să se adapteze unei realități complexe și să domine situațiile noi. Pentru că existența implică un permanent efort de adaptare, stresul devine o parte integrantă a ei până într-atât, încât completa eliberare de stres echivalează cu însăși moartea organismului. H. Selye (1957), de numele căruia se leagă conceptul de stres și primul model explicativ al acestuia, afirmă că pentru a fi pe deplin fericit orice om are nevoie și de stres, excepție făcând doar cei care sunt condamnați să ducă din motive medicale o viață pur pasivă sau vegetativă. C. Bernard apreciază și el că stresul fiziologic este necesar ritmului biologic și stabilității mediului interior, iar H. Wolff și J. Hinkle, definind stresul drept starea dinamică a unui organism ca răspuns la o solicitare de adaptare, consideră că toate ființele vii sunt într-o stare mai mare sau mai mică de stres deoarece viața impune o adaptare permanentă (J-B. Stora, 1999). Asemenea concepții au dat naștere convingerii că există un stres pozitiv, stimulativ, un *eustres*. Existența presupune însă solicitări

Scanned with OKEN Scanner

implicați în profesiile medicale

multiple, care plasează individul în contexte conflictuale, în situații de criză și uneori chiar în situații extreme. Majoritatea acestora sunt depășite prin apel la rezervele funcționale ale organismului, care intră în stare de stres. Așadar, stresul se manifestă în orice situație în care buna funcționare fizică și psihică este în pericol datorită lipsei unor răspunsuri capabile să reducă amenințarea. H. Appley definește stresul ca stare a unui organism care face un efort intens pentru a se adapta unor situații mai puțin obișnuite sau complet noi, în timp ce P. Fraisse îl consideră un rezultat al conflictelor personale sau sociale ale individului, cărora nu li se găsește soluție. Aceste concepții se referă la un stres negativ, *distres*, consecință a unor solicitări ce necesită un efort de adaptare semnificativ și care, prelungite dincolo de o anumită intensitate și durată, au efecte distructive.

Conceptul de stres are trei semnificații, în funcție de accentul pus pe factorii care îl produc, pe răspunsul (fiziologic și psihic) la agresiune sau pe interacțiunea dintre factorii de stres și răspuns.

1. Din perspectiva factorilor stresanți (situația), *stresul este un ansamblu de stimuli fizici, psihici sau sociali care prin complexitatea, intensitatea sau durata lor de acțiune pun organismul într-o stare de tensiune caracteristică*. Zgomotul, căldura, frigul, noxele, radiațiile, vibrațiile, aglomerația, situațiile conflictuale sau frustrante, evenimentele negative de viață, situațiile traumatizante, suprasolicitarea în activitate, dificultățile în relațiile interpersonale, pierderea statusului profesional sau familial constituie factori de stres. Diferențele individuale în reacțiile față de toți acești stimuli negativi duc la concluzia că stresul nu poate fi explicat doar ca efect nemijlocit al factorilor agresivi.

2. Din perspectiva răspunsului față de factorii aversivi, *stresul este însăși reacția organismului, starea de tensiune prin care acesta își mobilizează toate resursele de apărare pentru a face față agresiunii*. Efectele adverse induse astfel constau în modificări fiziologice (vegetative și endocrine) și psihologice, desemnate adesea prin termenul de reacție de stres. Aceasta include atât tensiunea, uzura, cât și mobilizarea cu rol adaptativ propriu-zis.

3. Din perspectiva interacțiunii dintre situația agresivă și răspuns, *stresul este ansamblul de reacții psihice generat de confruntarea persoanei cu situația și produs de discrepanța percepută subiectiv între solicitările acesteia și capacitățile individului de a le răspunde* (M. Miclea, 1997). Această concepție integrativ-cognitivistă deschide o nouă perspectivă de înțelegere a stresului psihic, ca rezultat al con-

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

fruntării unui „anumit" subiect uman cu o situație căreia el îi dă o „anumită" semnificație.

Stres somatic și stres psihic

Modelul somatic, elaborat de H. Selye, explică stresul exclusiv prin reacția organismului, pe care nu o leagă în nici un fel de semnificația situației ce o declanșează, apreciind că important nu este atât ceea ce i se întâmplă individului, cât faptul că el reacționează față de evenimente. Constatând apariția unei simptomatologii organice comune în cazul tuturor bolilor (modificarea compoziției chimice a sângelui, reducerea activității enzimatice, scăderea energiei, mobilizarea sistemului imunitar etc.), autorul ajunge la concluzia că indiferent de agentul fizic agresiv, organismul dezvoltă un ansamblu de răspunsuri nespecifice - un "sindrom general de adaptare", compus din trei faze secvențiale: de alarmă, de rezistență, de epuizare. Ca urmare, în concepția sa, *stresul reprezintă un ansamblu de reacții fiziologice nespecifice prin care organismul răspunde factorilor agresivi.* Deoarece mobilizează organismul spre a face față agresiunii, reacțiile constituie un proces de adaptare, iar nespecificitatea lor decurge din lipsa unei relații directe între conținutul factorilor stresanți și configurația răspunsurilor - indiferent de conținutul agresiunii, reacția somatică de stres este identică pentru toți indivizii.

Subiectul uman dispune însă de o adaptabilitate deosebită, datorită psihicului său care îi permite să răspundă în mod specific (diferențiat) variatelor solicitări. Specificitatea rezultă din capacitatea individului de a analiza situațiile și de a stabili relații directe între conținutul lor și configurația răspunsurilor sale.

Modelul psihologic de interpretare a stresului, fără a ignora componenta neurofiziologică, consideră că *stresul este un fenomen psihic, un ansamblu de reacții emoționale, cognitive și comportamentale prin care psihicul încearcă să controleze factorii agresivi cu semnificație psihologică sau psihosocială, ce tind să destabilizeze organismul.* Reacțiile de stres vor fi diferențiate în funcție de conținutul agresiunii, dar și de la un individ la altul în funcție de particularitățile psihologice personale, acestea determinând hotărîtor modul în care sunt percepute și trăite diversele situații. Din acest punct de vedere, cu excepția stimulilor care pun în pericol viața sau se apropie de limitele superioare ale toleranței organismului, mai importantă decât natura obiectivă a stresorului este semnificația subiectivă care îi este atribuită de către individ.

La rândul său, această semnificație mai mult sau mai puțin gravă, sursă a unui stres mai mult sau mai puțin intens, este rezultatul raportului dintre solicitări, posibilitățile individului de a le răspunde și consecințele incapacității sale de a reacționa adecvat. Cu cât decalajul dintre solicitări și posibilitățile personale de reacție este mai mare, iar consecințele eșecului mai ample, situația va fi percepută ca fiind mai agresivă, iar stresul resimțit va fi mai puternic.

Importanța modelului psihologic al stresului constă în evidențierea contribuției pe care o are personalitatea în producerea acestuia, deschizând astfel perspective noi de gestionare a stresului prin structurarea unor mecanisme care să asigure reglajul și echilibrul psihic, formarea și controlul rațional al deprinderilor, dezvoltarea aptitudinilor, creșterea eficienței cognitive, utilizarea experienței.

Stresul asociat profesiilor medicale - factori și consecințe

Studiile privind stresul profesiilor din sănătate constată că acesta este generat de factori comuni tuturor activităților de muncă, dar și de factori specifici.

I. *Factorii de stres legați de conținutul și condițiile concrete ale muncii:*

- *supraîncărcarea de natură cantitativă și calitativă*, solicitările calitative referindu-se la dificultățile/incertitudinea în stabilirea

unor diagnostice, responsabilitatea față de viețile omenești, urgența impusă de timp, precum și la solicitările fizice proprii unor specializări (de exemplu, cele chirurgicale);
- *deficiențele în muncă*, în principal, insuficiența personalului și a echipamentelor în anumite servicii, stocul redus de medicamente;
- *pericolul fizic*, legat de riscul contagiunii cu agenți patogeni;
- *expunerea psihică*, urmare a confruntării permanente cu suferința umană și moartea;
- *condițiile ambientale ale muncii*: criza de spațiu și supraaglomerarea, lipsa unui spațiu privat la locul de muncă, agenți fizici nocivi (radiații).

Studiile lui J. French & R. Caplan (1973) și ale lui C. Cooper (1986) constată corelații semnificative între supraîncărcarea și deficiențele în muncă, pe de-o parte, și conduitele medicale eronate, insatisfacția profesională, diminuarea respectului față de sine, reducerea ambițiilor și a motivației pentru muncă, excesul de țigări și alcool, bolile coronariene, anumite dezechilibre în zona sănătății mentale: reducerea eficienței intelectuale, trăiri anxioase, stări depresive.

II. *Factorii de stres legați de organizarea muncii:*

- *rolul individului în organizație*: *ambiguitatea rolului*, determinată de lipsa de claritate privind obiectivele și responsabilitățile ce-i revin unei persoane; *conflictualitatea rolului*, constând în contradicția dintre solicitările adresate persoanei, și la care aceasta fie nu dorește propriu-zis să răspundă, fie apreciază că ele nu corespund sarcinilor sale; *exercitarea unei responsabilități*, mult mai stresantă când are în vedere oamenii, decât dotările; *participarea la decizie*, stresantă atât când este redusă (când lipsa de consultare este o politică generală practicată de superiori), cât și atunci când este totală, individul fiind constrâns să decidă singur și să-și asume toate consecințele;
- *relațiile profesionale*, expresie a calității raporturilor umane din

Scanned with OKEN Scanner

cadrul organizației: *relațiile superiori-subordonați*: minime, reduse exclusiv la exercitarea controlului, excesiv de autoritare, cu dificultăți în delegarea responsabilităților, lipsite de considerație față de subordonați; *relațiile subordonați-superiori*: limitate, marcate de resentimente și ostilitate (refuzul sistematic, explicit sau implicit, al subordonaților de a participa), orientate spre erodarea autorității; *relațiile dintre colegi*: limitate sau disfuncționale, lipsite de considerație, care nu oferă susținere în situațiile dificile, bazate pe rivalitate și competiție agresivă; *relațiile cu pacienții*: tensionate emoțional în cazul pacienților dificili (ca personalitate, vârstă), în cazul celor greu recuperabili sau cu diagnostice severe (cu atât mai mult în faza terminală); *relațiile cu aparținătorii*: solicitante prin așteptările formulate indiferent de diagnostic și prin presiunile în legătură cu creșterea atenției și calității îngrijirilor acordate.

Cercetările desfășurate de R. Kahn & colab. (1964), J. French & R. Caplan (1973), V. Buck (în J-B. Stora, 1999) menționează printre consecințele stresului provocat de deficiențele în organizarea muncii tensiunea crescută în activitate și în relațiile interpersonale, sentimentul lipsei de valorizare a muncii depuse, scăderea respectului de sine, satisfacția redusă sau absentă, senzația de amenințare la adresa bunăstării fizice și mentale, simptome fiziologice, boli psihosomatice.

III. *Factorii de stres legați de parcurgerea și dezvoltarea carierei*:

- *remunerația modică* față de importanța socială a activității medicale, formarea complexă și îndelungată pe care aceasta o presupune și față de responsabilitatea pe care o implică;
- *nesiguranța locului de muncă*, mai ales la debutul în carieră;
- *perspectivele de avansare în carieră*: *avansare dificilă* (medicii), care obligă la o competiție intensă, generatoare de tensiuni și încercări pe care individul le depășește cu mai multe sau mai puține dificultăți de ordin psihologic; *avansare limitată* (cadrele medii), însoțită de sentimentul de claustrare într-o etapă profesională ce nu mai poate fi depășită;
- *sfârșitul carierei și pensionarea*, extrem de frustrante în cazul profesiilor în care competența se dobândește prin studiu îndelungat, susținut și acumulare de experiență.

Studiile citate pun pe seama problemelor care privesc dezvoltarea carierei, lipsa de motivație și demobilizarea profesională, pierderea încrederii și diminuarea stimei de sine, sentimentul de insecuritate și tendințele de izolare față de mediul de muncă, variate dezechilibre emoționale și tulburări psihosomatice.

Stres și satisfacție profesională

Cercetările asupra stresului profesional creionează un climat de muncă tot mai agresiv la adresa individului. Cu toate acestea, chiar în contexte puternic stresante, numeroase persoane își desfășoară optim activitatea și găsesc satisfacție în ea. Definită ca ansamblul trăirilor pozitive pe care le resimte un angajat în relație cu munca sa și cu experiențele legate de aceasta, satisfacția profesională este un concept explicativ esențial al motivației pentru muncă, o cauză directă a menținerii calității ei și a implicării dedicate în activitate. Această satisfacție este rezultatul a cinci factori: munca propriu-zisă (conținutul său), salariul, posibilitățile de promovare, controlul activității (relațiile cu superiorii) și relațiile cu colegii. Așadar, este vorba de aspecte care pot funcționa, contextual, atât ca surse de satisfacție, cât și ca surse de stres. Studii personale, concordante cu rezultatele altor cercetări, au demonstrat că *interesul pentru conținutul propriu-zis al muncii este elementul cel mai puternic legat de obținerea satisfacției*. Motivația intrinsecă pentru o profesie, aceea produsă de plăcerea cunoașterii în domeniul respectiv și nu de recompensele exterioare (statut, notorietate, bani), poate compensa în mare măsură insatisfacția legată de alte aspecte. Calitatea motivației pentru o anumită activitate aduce în discuție problema caracteristicilor psihice individuale, a acelor *trăsături de personalitate care să asigure atât adecvarea la profesie, cât și resursele necesare gestionării factorilor stresanți ce apar în practicarea ei*. Conform studiilor menționate, o asemenea structură de personalitate se caracterizează printr-un stil intelectual dinamic, flexibil, deschis față de nou; funcționează emoțional într-o manieră calmă, capabilă să controleze evenimentele; stabilește relații interpersonale atente, înțelegătoare, cooperante; dispune de un stil de muncă energic, de încredere, responsabil și eficient.

* * *

Conștient că „mai important decît ceea ce i se întâmplă este cum interpretează ceea ce i se întâmplă", subiectul uman se poate implica activ într-un efort de gestionare a stresului. Esența acestui efort constă în elaborarea unor strategii întemeiate pe creșterea operaționalității proceselor cognitive, pe creșterea gradului de autocontrol al proceselor emoționale și al activității în ansamblu, pe învățarea unor modalități comportamentale tot mai adaptative, pe dezvoltarea și maturizarea personalității. <<<

Bibliografie

1. French, J. & Caplan, D (1973), "Organisational Stress and Individual Strain", în Marrow, J. (ed.), *The Failure of Success*, Amacon, New York
2. Kahn, R., & colab.(1984), *Organisational Stress*, Wiley, New York
3. Miclea, M. (1997), *Stres și apărare psihică*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca
4. Selye, H. (1957), *The Stress of Life*, Longman, Green and Co., London
5. Stora, J-B. (1999), *Stresul*, Editura Meridiane, București
6. Tănăsescu, Irina Anca (2008), Stresul psihic. *Tehnici de reglare a conduitei și de prevenire a tulburărilor de adaptare*, Editura Argument, București

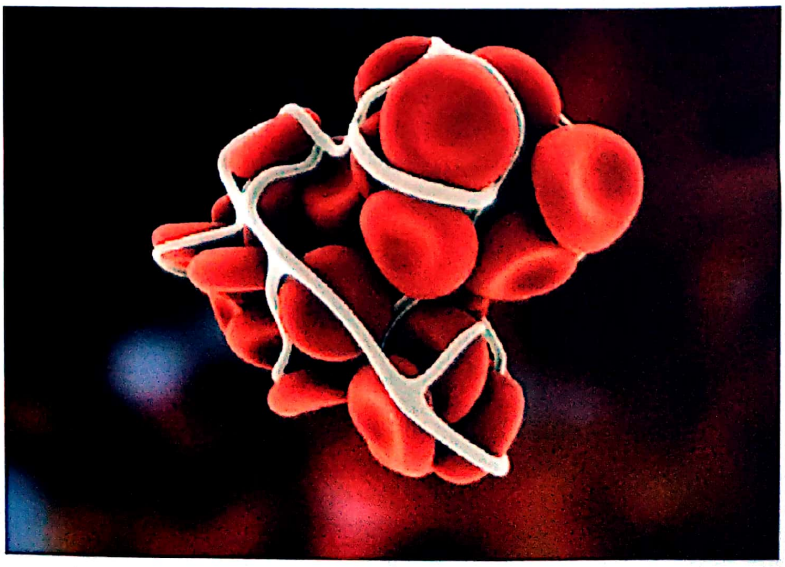
Scanned with OKEN Scanner

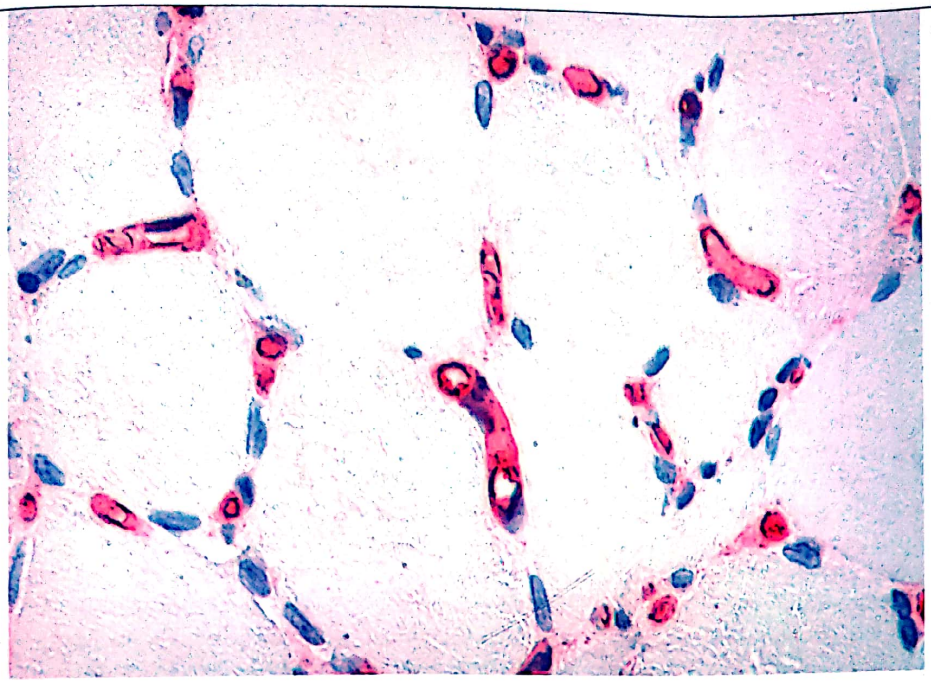
O altă formă de rezistență la medicamente – Anticorpii inhibitori antifactor VIII în hemofilie

Valeriu Lupu, doctor în științe medicale, medic primar pediatru, Spitalul Județean de Urgență Vaslui

Dincolo de rezistența la antibiotice, care tinde să bulverseze una din cele mai mari realizări ale medicinii din toate timpurile în domeniul terapeuticii, **există și alte tipuri de rezistență pe care organismul însuși le dezvoltă împotriva unor agenți terapeutici**, cum sunt de exemplu factorii inhibitori ce apar ca urmare a utilizării îndelungate a unui preparat medicamentos. Dacă în prima situație ținta terapiei este una etiologică, adică de combatere a agentului infecțios, care este întotdeauna un microorganism – bacterie, virus sau parazit, prin urmare tot o ființă viețuitoare, în cea de-a doua situație este vorba de un mecanism imunologic care se mobilizează împotriva unor agenți terapeutici pe care organismul îi percepe ca făcând parte din non-self. >>>

Deși în ambele situații rezultatul este același, cel de anulare a efectului terapeutic pe care-l scontam, modalitățile de producere sunt diferite. În cazul antibioticelor, este vorba de propria rezistență pe care microorganismele și-o dezvoltă în cadrul adaptării la noua situație. Această formă de rezistență se realizează prin mobilizarea întregului arsenal pe care orice ființă vie îl posedă, pornind de la substanțe chimice neutralizante până la dezvoltarea unui întreg sistem defensiv coordonat genetic și care conduce la apariția unor tulpini noi, multirezistente, la antibiotice. Beta-lactamazele sunt cel mai evocator





exemplu. Aici organismul uman atacat devine şi mai vulnerabil pentru că, de exemplu, New Delhi metalo-beta-lactamaza-1 sintetizată de unele tulpini de Escherichia coli, piocianic etc., conferă bacteriei secretoare o rezistenţă totală la întreg spectrul antibiotic cunoscut, aruncând posibilităţile terapeutice către etapa preantibiotică.

În cazul altor substanţe terapeutice, mai ales când utilizarea lor este repetată, se instalează o rezistenţă din partea organismului prin apariţia de inhibitori sau a unor structuri neutralizante, produse prin mecanism imunologic, şi care reduc sau chiar anulează efectul terapeutic al respectivului medicament.

O situaţie particulară, în sensul celor prezentate mai sus, o reprezintă profilaxia hemofiliei, care astăzi la nivel mondial este bine codificată prin utilizarea factorului VIII recombinant obţinut prin inginerie genetică şi utilizat ca terapie de substituţie. Imediat după introducerea schemelor profilactice cu administrare de factor VIII, cu scopul de a realiza o concentraţie cât mai aproape de nivelul de siguranţă pentru a preveni sângerările (adică peste 10%), s-a observat că eficienţa administrărilor la o parte din bolnavi a început să scadă treptat.

Prin teste speciale de laborator aveau să se pună în evidenţă anticorpi inhibitori antifactor VIII, a căror concentraţie avea să înregistreze titruri progresiv crescânde, până la anularea efectului scontat prin administrarea profilactică de factor VIII. Este urmarea reacţiei imunologice de tip II declanşată de administrarea profilactică iterativă. Situaţia a devenit îngrijorătoare mai ales în state cu tradiţie în domeniul profilaxiei accidentelor hemoragice din hemofilie cum ar fi Suedia, Danemarca, Olanda, Finlanda, Germania, Marea Britanie, Franţa etc. Soluţia iniţială pentru rezolvarea problemei a fost creşterea dozelor şi a ritmului de administrare, însă cu consecinţe economice importante, pentru că astfel tratamentul profilactic devine extrem de costisitor.

Prin studii prospective pentru determinarea inhibitorilor antifactor VIII s-a demonstrat că aproximativ 20% până la 50% dintre hemofilici au inhibitori de la titruri modeste la titruri înalte, chiar peste 200 Bequrelli, cei mai afectaţi fiind hemofilicii care primesc doze mici şi rare, sau profilaxie on demand (la cerere). Dincolo de aspectul economic, soluţia încercată mai sus, adică creşterea progresivă a dozelor şi creşterea ritmului de administrare, nu face decât să escaladeze cursa producţiei de inhibitori.

Distribuţia dezvoltării inhibitorilor pentru factor VIII este universală şi se regăseşte în orice lot din orice ţară în care programul profilactic funcţionează şi, binenţeles, acolo unde acest aspect se monitorizează. Precizez că în acest domeniu cercetările sunt suficient de avansate, astăzi cunoscându-se şi tipurile genetice mai frecvent predispuse în a dezvolta anticorpi inhibitori antifactor VIII.

În România, determinări sporadice de inhibitori

În ţara noastră determinările de inhibitori nu se fac decât sporadic, deşi întreaga populaţie cuprinsă în programul profilactic ar trebui să fie supusă acestei investigaţii, cu atât mai mult cu cât schema profilactică în România nu reprezintă un consens naţional. Dozele şi ritmul de administrare sunt sub nivelul standardelor internaţionale, în fapt 0,35 u/kg/zi, faţă de 4-6 u/kg/zi media europeană şi chiar 7-9 u/kg/zi în unele ţări ca Suedia şi Olanda. Precizez că pentru bolnavii din evidenţa noastră dozele variază între 0,5-0,6 u/kg/zi.

Necesitatea evidenţierii acestei forme de rezistenţă la medicament se resimte din rezultatele profilaxiei, care pentru unii bolnavi nu pare să mai fie la fel de eficientă ca la începuturile ei. Pentru lotul nostru format din 18 bolnavi cu formă severă de Hemofilie A, acţiunea de depistare a inhibitorilor a început, iar un prim rezultat îl şi avem la unul din bolnavi (3,6 Bu). Intuim că procentul bolnavilor cu inhibitori anti factor VIII este undeva în jur de 20-30%.

Pentru aceşti bolnavi terapia de substituţie cu factor VIII nu-şi mai atinge ţinta, şi atunci este nevoie de reconsiderarea profilaxiei şi de folosirea alternativelor. Cunoscute la ora actuală, aceste alternative sunt puse în practică în ţări cu tradiţie în domeniu, precum Suedia, care este şi liderul de necontestat în domeniu. Prima alternativă este creşterea dozelor şi a ritmului de administrare la două zile sau chiar zilnic, dar care ridică costurile la un nivel greu de suportat. A doua alternativă este utilizarea terapiei de by pass, prin folosirea factorului VII sau a complexului de factori procoagulanţi (PCC), terapii care sunt chiar mai scumpe. O a treia alternativă este tratamentul de inducţie a toleranţei imune, schemă terapeutică care presupune terapia de bypass.

Şi prin această prezentare se dovedeşte faptul că terapeutica ultimului secol, oricât de spectaculoasă a fost la început, se îndreaptă la ora actuală cu paşi repezi către un impas iminent, şi că cel puţin pentru unele aspecte, cum este antibioterapia, noile achiziţii ale medicinei fie nu ţin pasul cu acest recul, fie, cum este cazul profilaxiei în hemofilie, costurile pot depăşi resursele disponibile datorită apariţiei inhibitorilor. Şi într-un caz, şi în altul, medicina este chemată să găsească noi soluţii.

Notă: Lucrare susţinută la sesiunea ştiinţifică dedicată Zilei Mondiale a Sănătăţii 2011 <<<

Scanned with OKEN Scanner

Bretelele lui Marius Tucă

MARIA VASILESCU
director general
Tarus Media
maria.vasilescu@tarus.eu

Se întâmpla acum 100 de ani, pe vremea când aroganța și inconștiența vârstei de 20 de ani mă făceau să accept postul de producător al celei mai apreciate și controversate emisiuni din România de la acea oră, Marius Tucă Show. Fără să-mi dau seama, aveam să-mi marchez subconștientul vârstei dinspre maturitate.

Am stat în toaleta Antenei 1 cu Rona Hartner, ca să se liniștească după scandalul cu Corneliu Vadim Tudor. A fost locul unde lumea a lăsat-o în pace.
Am plecat în Valea Jiului pentru a realiza emisiunea cu celebrul Miron Cozma împrumutând o pereche de jeanși și tenișI de la o colegă, eu fiind îmbrăcată în taior în acea zi. Am stat în spatele camerelor de filmat la Cotroceni când, în premieră, Emil Constantinescu, președintele de atunci, a acceptat să filmăm emisiunea cu el. Am văzut pe rând politicieni mici și mari, trecuți sau cu viitor, flirtând în holul televiziunii cu recepționista sau plănuind vacanța cu adversarii vehemenți de pe „sticlă".

În urmă cu o lună, l-am internat pe unchiul meu care locuia într-un frumos orășel de provincie, Isaccea (orașul natal al lui Crin Antonescu, pe care nu-l cunosc, însă pe a cărui mamă o stimez pentru dulceața delicioasă pe care o pregătește și pentru bunătatea pe care o emană în jur), la Tulcea, aflată la 35 de kilometri distanță, dar posesoare a unui spital. M-am bucurat să știu că i-au fost făcute toate analizele și că a fost externat fără a i se depista vreo afecțiune din cauza căreia se simțea slăbit și avea greutate în a merge. S-a bucurat și mătușa mea.
După trei zile aceasta m-a anunțat că unchiul meu a murit. Nu vom afla niciodată de ce.

Perioada „bretelelor" m-a făcut să nu mai știu/vreau să știu cum arată politicienii și ce spun ei. Nu îmi sunt dragi, politic – nu îi detest. Uman, îi iubesc pe toți – sunt tați, mame, copii, rudele cuiva. Sunt simpatici, spirituali, unii culți, rafinați, eleganți. Unii nu...
Îmi doresc, ca în filmele americane proaste, ca cei care decid dacă eu sau apropiații mei sau numeroșii necunoscuți avem dreptul la un medicament sau terapie să fie o zi în corpul pacientului cu cancer sau tuberculoză, sau care a fost infestat cu HIV dintr-o eroare de sistem. Sau în persoana a cărui părinte s-a stins în spital neavând bani pentru medicamentul salvator, sau... sau. După care să revină, și să se întâmple o minune (mai cred încă).

Vreau să spun tuturor specialiștilor din străinătate cu care intru în legătură, prin prisma activității mele, că în România există politici și strategii de sănătate bune, și că binele pacientului este preocuparea principală.

Am cunoscut o bonă în parc și zâmbetul ei permanent m-a făcut să intru în vorbă cu ea... banalități. Zâmbetul ascundea suferința de a avea cancer.
Revolta mea a durat jumătate de oră, în care o întrebam zbuciumată unde a fost să se trateze, cu ce medicamente (dacă are acces), ce i-au spus medicii, dacă a luat legătura cu asociațiile de pacienți care o pot ajuta, măcar vorbind cu alții în situația ei etc.
După acea jumătate de oră în care a tăcut, mi-a spus simplu și modest că ea nu are calculator acasă și nici nu ar ști să folosească internetul, așa că... tot ce îi spusesem eu... nu conta. Singura sursă de informare era medicul, care... era copleșit de prea multe cazuri și pe care ea îl iertă.
Vreau să existe specialiști și politicieni în România care să vorbească cu mine indiferent cine sunt.
Vreau să avem asociații de pacienți cum găsim peste tot în țările dezvoltate și să se țină cont de ele. Mi-a povestit o prietenă care stă de 35 de ani în Franța și care lucrează în Ministerul Sănătății că acolo le e „frică" ca nu cumva să nu asculte asociațiile de pacienți care sunt prezente în toate structurile. Nici în Franța nu e perfect, nici în Germania, Marea Britanie sau în Olanda. Știu.
Vreau doar să stea la aceeași masă toți cei care pot schimba ceva, să se privească în ochi și după ce au părăsit sala și discuțiile să nu uite că au fost acolo bifând încă o acțiune care dă bine în ochii presei. Să dispară presa, dușmanii, pricinoșii și să rămână numai ei...
Pentru că eu mă pot trata și la Viena. <<<

Scanned with OKEN Scanner

Congresul Național de

cu participare internațională

Organizatori
Societatea Română de Pediatrie
Clinica de Pediatrie și Neurologie Pediatrică a Spitalului Clinic de Copii V. Gomoiu

Sub egida
Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila
Primăria Municipiului București

București, 28 septembrie – 1 octombrie 2011
Hotel Rin Grand Hotel, București

www.congrespediatrie2011.com

Scanned with OKEN Scanner

Ce aduce nou noua lege a sănătății?

Spitale - fundații și multe case private care aleargă după pacienții cu bani

Delia Budurcă

Administrația prezidențială lucrează la **o nouă lege a sănătății** după ce **Fondul Monetar Internațional a decis că nu se mai poate și că banii, așa puțini cum sunt, nu mai trebuie să se scurgă aiurea din sistem.** Controlul privat se pare că este întrevăzut ca fiind soluția cea mai bună, și aici sunt date exemplele unor popoare disciplinate, precum Olanda și Germania, care au sisteme foarte performante, cu mai multe case de asigurări medicale care se află în competiție pentru pacienți. În ce măsură putem noi să transformăm niște instituții consumatoare de resurse, în care intră banii ca într-un sac fără fund, în instituții profitabile și, totodată, care să îndeplinească și funcția caritabilă tradițională a spitalului obișnuit reprezintă mai mult decât o simplă întrebare cu care ne-au obișnuit. Este o adevărată provocare. >>>

Monopolul Casei, la final?

Declarațiile succesive și concordante ale lui Cristian Vlădescu, președintele Comisiei Prezidențiale pentru Analiza și Elaborarea Politicilor din Domeniul Sănătății Publice, ale președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Lucian Duță, și ale consilierului prezidențial Virgil Păunescu par să arate că autoritățile sunt pregătite să spargă monopolul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ceea ce, spun oficialii, va aduce, în primul rând, bani noi în sistemul de sănătate. Bani noi, suplimentari, de la cetățenii care nu vor fi mulțumiți de serviciile acoperite de pachetul de bază și vor fi dispuși să plătească în plus pentru asigurările de sănătate suplimentare care vor completa pachetul de bază.

"Deficitul CNAS este de un miliard de euro, respectiv de 25%. Colectăm patru miliarde de euro și cheltuim cinci", a punctat președintele CNAS, Lucian Duță, într-o emisiune televizată. Ideea e că acel miliard, care acum ajunge în sănătate prin intermediul Ministerului Sănătății, să fie trecut direct pe seama pacienților contributori, cu două avantaje: nu este nevoie să crească contribuțiile sociale în prag de alegeri, pentru că asigurarea va fi volutară, și, în al doilea rând, această sumă va fi administrată privat.

Important de semnalat este și faptul că în România 10 milioane de contributori plătesc pentru 20 de milioane de pacienți, și nu mai e mare lucru de impozitat, doar dacă ne atingem și de pensionarii cu pensii lunare de sub 740 de lei. Ceea ce ar elimina practic cuvântul "social" din filosofia românească a asigurărilor de sănătate.

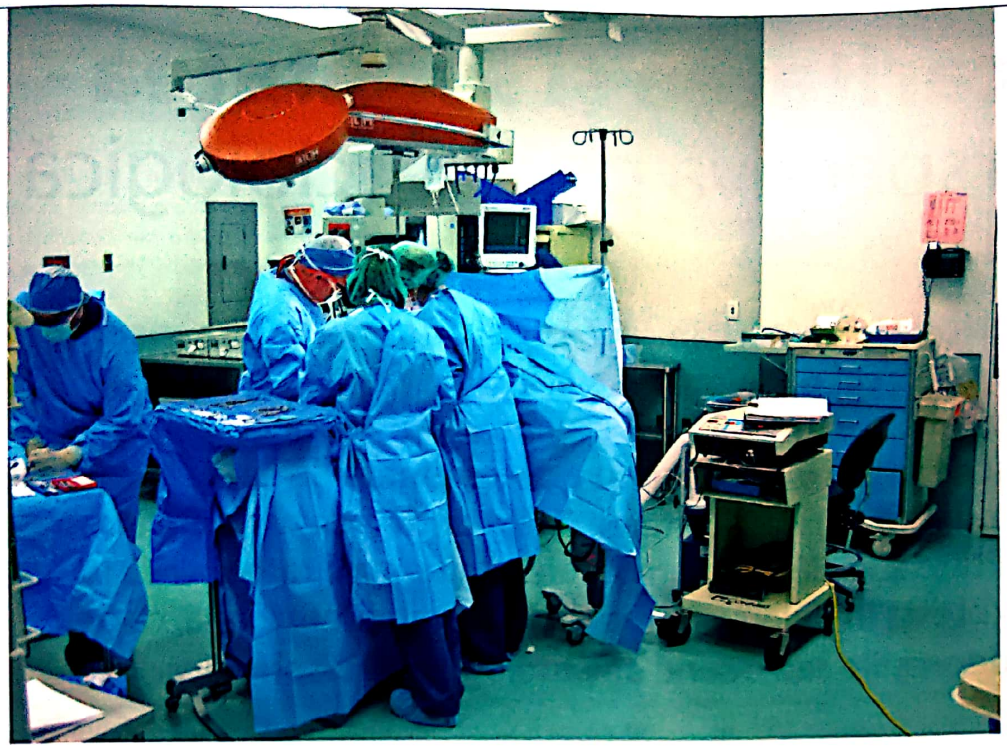
Un calcul simplu făcut public de președintele CNAS, Lucian Duță, arată că împărțind în mod egal 4 miliarde de euro – banii strânși anual de contributori – la 20 de milioane de români, obținem 200 de euro, costul serviciilor de care putem beneficia fiecare dintre noi anual, și care ar trebui să acopere serviciile medicale incluse în pachetul de bază. Pe lună, costul serviciilor este de 16,6 euro, deci 70 de lei. N-ar trebui să fie o problemă, spun autoritățile, dacă mai plătim 5 – 7 euro, adică 60 – 80 de euro pe an în plus, ceea ce înseamnă 1,2 - 1,7 miliarde de euro în plus pentru sănătate. Banii sunt practic luați tot de la aceleași persoane care plăteau și până acum.

Noua lege a sănătății și implicarea mediului privat în domeniu e una din condiționalitățile acordului cu FMI, iar treaba autorităților este să împacheteze știrile proaste într-o haină acceptabilă înainte de alegeri.

10,7%

este contribuția actuală la asigurări de sănătate
Contribuția angajatului - 5,5%
Contribuția angajatorului - 5,2%

Scanned with OKEN Scanner



35%
ritmul de creştere al pieţei asigurărilor de sănătate private în primul trimestru

"Lucrăm la o nouă lege: un model e acela în care intervenim şi le dăm caselor private acest pachet de bază, sau te reasiguri printr-o poliţă suplimentară de asigurări", explică Lucian Duţă, preşedintele CNAS, instituţie aflată acum în subordinea Ministerului Sănătăţii.

Salariile medicilor, negociate

Transformarea spitalului într-o fundaţie/unitate comercială va putea permite angajarea medicilor pe bază de performanţă, va stimula competiţia şi va asigura o creştere a calităţii serviciilor. "Acest proiect de lege permite spitalelor să schimbe statutul juridic şi să devină societăţi, asociaţii sau fundaţii, având acelaşi proprietar, respectiv autorităţile locale, Ministerul Sănătăţii (MS) sau ministerele cu reţea sanitară proprie. Acest sistem care se regăseşte în multe ţări, pornind de la Anglia, Polonia, Ţările Baltice, permite dezvoltarea unui management de calitate. Totodată, politica de personal nu ar mai depinde de Legea Finanţelor Publice, ci de nevoile reale ale spitalului", a declarat, pentru Mediafax, preşedintele Comisiei Prezidenţiale pentru Analiza şi Elaborarea Politicilor din Domeniul Sănătăţii Publice, Cristian Vlădescu.

Intrarea fondurilor private

Transformarea spitalelor în unităţi private, fundaţii sau asociaţii este imaginată de autorităţi pentru a lăsa loc accesului finanţării private în spital. Donaţiile ar urma să fie încurajate şi valorizate. În spitalele din Statele Unite fiecare bancă, dulap sau alt aparat sofisticat sau mai puţin sofisticat poartă inscripţionat numele donatorului.

Ce zic de marea privatizare a sănătăţii cei care deja au experienţă de ani de zile în medicina privată? În primul rând sunt sceptici, după ani de discuţii sterile despre reformarea în sănătate, că vor vedea cu adevărat ceva concret. Deocamdată, elementele furnizate de autorităţi sunt prea vagi şi pot genera mult prea multe scenarii ca să le putem analiza. "Până nu vedem normele de aplicare, nu numai legea, e foarte greu de comentat", spune Sergiu Neguţ, director executiv la Regina Maria.

Ce poate include pachetul de bază în condiţiile în care este de 200 de euro pe an? "200 de euro pe an e o asigurare bună, dar care nu poate include serviciile pentru bolnavii cronici şi nici serviciile de urgenţă", apreciază Mihai Marcu, preşedintele Consiliului de Administraţie al Medlife. Ori statisticile arată că acestea sunt cele mai costisitoare servicii, bolile cronice implicând până la 80% din bugetele de sănătate.

Dimensiunea de solidaritate socială pe care trebuie să îl aibă definirea pachetului de bază este evidenţiată de Sergiu Neguţ: "Studiile au arătat că jumătate dintre cheltuielile cu sănătatea unei persoane din viaţa unui om au loc în ultimul an de viaţă al acestuia". Ori până acum, pachetele de asigurări private şi/sau abonamente au fost gândite ca un supliment la pachetul asigurat de CNAS.

În condiţiile apariţiei pe scară largă a asiguratorilor privaţi, furnizorii de servicii private se vor confrunta cu o diminuare a marjei de profit, pentru că între furnizor şi pacient mai intră un intermediar, asiguratorul. Totuşi, dat fiind că va creşte accesibilitatea – datorită contractării extinse a serviciilor cu Casa de Asigurări de Sănătate – sau cu mai multe mai mici dacă se va decide până la urmă scinderea acesteia în case private – afacerile vor creşte rapid de câteva ori.

Piaţa asigurărilor private de sănătate, în creştere cu 30%

Piaţa asigurărilor private de sănătate şi-a reluat dinamismul la începutul acestui an, valoarea primelor brute subscrise în primul trimestru al anului 2011 crescând cu 35,57%, de la 5,35 milioane lei la 7,25 milioane lei, potrivit datelor Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor (CSA). Anual piaţa asigurărilor de sănătate private abia depăşeşte 10 milioane de euro. <<<

Ce aduce nou noua lege a sănătăţii?

- Spitalele pot deveni fundaţii şi societăţi comerciale
- Medicul îşi va putea negocia salariul
- Politica de personal nu mai depinde de Legea finanţelor publice, ci de managementul spitalului
- Spitalele se pot finanţa în diferite feluri, pot atrage finanţări private
- Se sparge monopolul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate
- Apar mai multe Case private, independente sau prin spargerea CNAS
- Privatizarea administrării banului public
- Stabilirea pachetului minim de bază
- Stabilirea pachetelor suplimentare

Scanned with OKEN Scanner

Precaritatea şi sănătatea - o perspectivă psihosociologică

Mariana Lecarpentier, psihosociolog, cercetător, consultant la Direcţia de Politică Medicală, Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Problematica precarităţii impune analiza celor două sensuri ale precarităţii: cel ontologic şi cel social. Precaritatea vitală, adesea ocultată, eufemizată sau negată şi precaritatea socială, care se înscrie în cea vitală, dar nu e determinată de ea, se află în interdependenţă: vulnerabilitatea vitală tinde a se prelungi într-o vulnerabilitate socială, aşa cum şi orice vulnerabilitate socială îşi găseşte expresia în diverse forme de vulnerabilitate vitală, ca de exemplu depresiile sau o serie de patologii psiho-somatice. >>>

Condiţiile de viaţă şi sănătatea

Precaritatea este definită ca absenţa uneia sau mai multor securităţi vitale putând compromite şansele unei persoane de a beneficia de drepturi fundamentale. Această absenţă conduce la sărăcie extremă atunci când afectează mai multe domenii ale existenţei. Persoanele precare sunt defavorizate şi vulnerabile. Numeroase cercetări şi analize ale sistemelor de sănătate au demonstrat că disparităţile sanitare reflectă inegalităţile sociale structurale care depăşesc cu mult domeniul de acţiune al unui sistem de sănătate. (*Inserm, 1995*) "Disparităţile fizice dintre indivizi nu sunt determinate în mod absolut de esenţa biologică a fiinţei umane, ci de inegalităţile pe care societatea le instituie". (*Leclerc, 2000*) Numeroase studii, precum cel condus de M. Bungener şi J. Poerret în 1995, pun în evidenţă dimensiunile psihologice ale precarităţii. De exemplu, şomajul poate avea un efect patogen în măsura în care creează o angoasă legată de pierderea statutului social, dar şi pentru că declasarea socială poate conduce la precaritate. Acest studiu mai arată că "şomerii, mai mult decât salariaţii, au tendinţa de a se declara într-o stare bună de sănătate şi a nu recunoaşte nici un simptom, deşi prezintă mai multe patologii". (*Bungener et al., 1995*)

Astfel, originea procesului de precarizare se află la articulaţia dintre social şi individual. Cercetări recente pun în evidenţă mecanisme psihosociale în cursul cărora factori sociali, respectiv "evenimente ale vieţii", şi variabile individuale precum "capacitatea de a face faţă" pot influenţa starea biologică. "Capacitatea de a face faţă" nu ţine numai de personalitate, dar este legată şi de experienţa socială şi de nivelul de incluziune socială al unei persoane.

Clinica extremului (care în Franţa este o specializare medicală distinctă, n.red.), a celor "fără domiciliu fix", SDF (Sans Domicile Fixe, fr.), (*Renaud, 1987*), (*Bruchon et al, 1994*), relevă că factorii individuali de patologie precum alcoolismul, psihozele sau poli-toxicomania influenţează sănătatea. Dar această etiologie multifactorială nu poate evita însă explicaţia prin puterea de moarte socială a excluziunii, care poate "acţiona ca un virus instalat în inima subiectului, astfel încât se reproduce la infinit" (*Declerck, 2001*). Suferinţa celor care trăiesc în stradă are consecinţe psihice importante: sindromul de desocializare, aspect patologic al excluziunii sociale, patologie a raportului cu sine însuşi, cu ceilalţi, cu societatea. Desocializarea se traduce prin retragerea psihică din spaţiul corporal dezinvestit: "vidul interior al celui exilat se manifestă prin indiferenţa la durere şi o tendinţă de a ignora urgenţa bolilor somatice adesea grave".

De la precaritate la stigmatizare

Figura celui fără adăpost, a şomerului de lungă durată (*Schwartz, 1990*) a tânărului în căutarea unui improbabil job (*Dubet, 1987*) nu este singura necesitând acest tip de analiză. Lupta de fiecare zi pentru supravieţuire, lipsa de raporturi de interdependenţă socială, de relaţii sociale reciproce care formează viaţa obişnuită în societate constituie forme ale sărăciei contemporane, o sărăcie rezultată din precaritate, din absenţa recunoştinţei sociale şi din lipsa de demnitate socială (*Paugam, 2007*). Conceptul de descalificare socială comportă o dublă dimensiune: lipsa de ajutor şi vulnerabilitatea socială sunt caracteristice procesului de descalificare, proces ce îl expune pe sărac privirilor necruţătoare ale celorlalţi şi îi pune în evidenţă inutilitatea socială.

Săracul este stigmatizat din punct de vedere social ca fiind o persoană aparţinând unui grup social devalorizant, considerat incompetent, iresponsabil, leneş. Sociologii constată evoluţia imaginii pe care societatea o are asupra săracilor şi a celor vulnerabili, de la regresia explicării sărăciei prin nedreptate, la progresia explicării sărăciei prin lipsa de curaj a persoanelor respective, prin iresponsabilitatea, lenea sau incompetenţa lor. Sentimentul că ar trebui găsite soluţii pentru a evita ca săracii să profite de asistenţa socială este din ce în ce mai pregnant; în acelaşi timp, persoanele care se află în situaţie de precaritate îşi pierd încrederea de sine şi pierd, totodată, capacitatea de a avea o activitate, pentru că sănătatea lor s-a degradat în timp, iar starea lor psihologică deteriorată acţionează ca un obstacol suplimentar.

Fenomenologia precarităţii şi suferinţa psihosocială

Fenomenul precarităţii modifică modul de viaţă, raporturile individuale, raportul între indivizi şi societate. Precaritatea pune problema umanităţii fiinţei, prinse într-un proces prin care individul îşi pierde rolul şi recunoştinţa socială. (*G. Le Blanc, 2007*) Pe câtă vreme viaţa obişnuită permite o viaţă socială şi momente de libertate, reprezentând un joc cu norme şi convenţii sociale, precaritatea apare ca o alterare, o "sufocare" a oricărui asemenea joc. Incertitudinea viitorului interzice persoanei să se proiecteze în viitor. Viaţa obişnuită este un joc, persoana fiind prinsă în tensiune cu propria sa vulnerabilitate, în sensul unui apel la autonomie. Şi, în această tensiune, viaţa obişnu-

Scanned with OKEN Scanner

ită deschide spațiul creativității și al afirmării persoanei. Dacă persoana obișnuită investește jocul cu normele sociale și, în acest sens, este liberă în raportul său cu societatea, fără a le ignora, persoana precară nu are nici o vizibilitate, nici o posibilitate de a se exprima în spațiul public. Persoana precară, declasată social, fără creativitate, este expusă "necunoașterii umanității sale". Suferința psihosocială se prezintă sub forma unei fragilități narcisice cu problematica dominantă a pierderii: a locului de muncă, a locuinței, a statutului social, a stimei de sine, a încrederii în sine, a încrederii în celălalt, "în demnitatea de a exista". (*Furtos, 2005*)

Guillaume Le Blanc (2008) consideră că prin conștientizarea gradului de suferință psihică și socială al persoanelor precare este posibilă o remediere a efectelor toxice ale precarității. El susține o politică de sănătate clinică, o clinică a anumitor boli determinate de precaritate, și, la modul general, un program al îngrijirilor sociale care să conducă persoanele precare spre autonomie. Clinicianul, redând capacitatea persoanei de a se povesti, favorizează creativitatea, posibilitatea pentru persoană de a reinvesti în jocul de realizare a normelor sociale.

Precaritate și practică medicală

Influența socială, contextul în care ne aflăm, așteptările pe care le avem și sistemul cultural joacă un rol determinant în atenția pe care o purtăm durerii și senzațiilor interne. Apelul persoanelor defavorizate la îngrijiri medicale nu este prima lor preocupare, astfel încât urgențele medicale constituie, în general, primul lor contact cu sistemul de îngrijire a sănătății. Fără medic de familie și prea puțin monitorizați înainte de a ajunge la urgență, aceștia fac târziu apel la sistemul de îngrijiri medicale, doar atunci când patologiile sunt avansate și se află deja în stare gravă. Aceste persoane sunt, mai adesea ca altele, aduse la spital în stare de inconștiență.

Spitalul și precaritatea

Etimologia cuvântului spital pune în evidență o dublă origine: hostis

- ostil și hospes - ospitalitate. Cei doi termeni, ale căror semnificații sunt contradictorii, se regăsesc la originea istorică a spitalului, în misiunea sa caritabilă, cât și în funcția sa represivă. Spitalul primește cu ospitalitate săracul și străinul. Această umanitate (în sensul dat de H. Arendt), cât și repulsia față de săraci, și în special față de anumite categorii cum sunt toxicomanii și imigranții, se manifestă încă în spitalul contemporan.

După ce timp de secole spitalul a fost azil de bătrâni, așezământ de săraci, instituție caritabilă pentru bătrâni și bolnavi incurabili, spitalul public devine o instituție de maximă importanță a societăților moderne. Integrat într-un sistem de sănătate din ce în ce mai complex, dat fiind diversificarea specialităților și numărul mare de interlocutori, diversificarea apare ca o sursă de clivaj și de noi concurențe, context în care medicul generalist are adesea sentimentul de a-și fi pierdut poziția.

Bolnavul, pe de altă parte, are sentimentul unui sistem fragmentat, a cărei coerență îi scapă, lucru și mai greu de înțeles pentru bolnavii precari.

Medicalizarea societății contemporane se dezvoltă în paralel cu o anumită idee de model medical care dobândește o valoare normativă și "pretinde a spune societății ceea ce este bun pentru individ și pentru societate" (*Hughues,1958*). Complexitatea organizării spitalicești poate limita accesul bolnavilor celor mai vulnerabili care întâlnesc, în anumite cazuri, rezistență la îngrijire din partea personalului spitalicesc.

Îngrijiri medicale pentru precari în Franța - PASS

În Franța, în contextul unei specializări din ce în ce mai afirmate, medicina generală pare a deveni deconectată de ultimele tehnici medicale, marginalizată, practicată la exteriorul spitalului. Situațiile de extremă suferință a bolnavilor în mare precaritate socială sunt tratate de asociațiile umanitare care au creat, la sfârșitul anilor `80, dispensare. Legea de "luptă contra excluziunii" (1998) a oficializat permanențele de acces la îngrijirile de sănătate în spital, numite PASS, care existau în mai multe spitale din Paris încă din 1992, și consultațiile de medicină generală sub formă de "*celule de îngrijiri sociale și medicale care facilitează accesul persoanelor precare la sistemul spitalicesc*". Astfel, consultațiile de medicină generală pentru precari rezistă standardizării și segmentării activităților de îngrijiri medicale. (*Lecarpentier, 2010*). Prin această activitate pentru precari se exprimă misiunea socială a spitalului, misiune deplasată în exteriorul lui de evoluția diviziunii muncii la spital, diviziune care este nu este numai tehnică și socială, dar și morală și psihologică.

Riscuri de contaminare

Diviziunea muncii în domeniul îngrijirilor medicale poate fi analizată din punct de vedere al ierarhiei pacienților și a actelor terapeutice. Găsim astfel problematica impurității, a murdăriei, a dezgustătorului, problematică structurantă pentru pozițiile ocupate din punct de vedere social, profesional, instituțional.

Faptul că misiunea socială a fost deplasată la exteriorul spitalului exprimă noi discriminări și creează precaritate. Nu numai săracii sunt nedoriți, dar și medicii care se ocupă de săraci.

Ierarhia profesională pare asociată unei valori sociale a funcțiilor asumate de profesioniști la diferite nivele ale diviziunii muncii la spital, punând în evidență un proces de "structurare socială prin aruncarea la periferie a ceea ce poartă semnul negativului, un mod de neutralizare a "răului". Purificarea prin eliminare și punere deoparte generează organizații și meserii specializate în tratarea a ceea ce este eliminat: spital, închisoare, asociații umanitare și muncă socială (*Lhuilier, 2005*).

Frica de murdărie pune la încercare riscul real și iluzia de contaminare. Ne putem întreba dacă precaritatea reprezintă murdăria specializării și a segmentării medicale. Această frică pare structurantă, dar în același timp opusă tradiției de ospitalitate a spitalului, principalul recurs pentru cei care nu pot consulta un medic specialist. Îngrijirea medicală a bolnavilor în sărăcie extremă se situează într-un sistem social și într-o societate a cărei structurare în mari funcții contribuie la perpetuarea ei. Așa cum subliniază sociologul american E.C. Hughes (1970), activitatea profesioniștilor poate fi analizată din punct de vedere al "meseriilor modeste și al profesiilor pretențioase", al căutării sensului și recunoștinței sociale a muncii pe care o asumă. Ierarhia profesiilor asociată valorii sociale a funcțiilor asumate de profesioniști la diferite nivele ale spitalului pune în evidență un contrast între meserii. Pe de o parte se experimentează noi molecule, noi tratamente, noi tehnici avansate. Pe de altă parte, profesioniștii considerați ca fiind mai puțin competenți au o muncă mai puțin nobilă. Astfel, "diviziunea morală a muncii" separă munca mai puțin nobilă care se creează pe ultimele trepte ale "ierarhiei straturilor" (*N.Elias, 1965*) de munca care e abandonată de cei care cunosc un proces de ascensiune socială. Această ierarhie a unei comunități profesionale exprimă o dinamică socială contextualizată istoric. <<<

Scanned with OKEN Scanner

Spitalul Universitar din Marburg

Germania – țara cu cel mai vechi sistem de asigurări de sănătate din Europa

Raluca Băjenaru

Sistemul de sănătate al Germaniei este finanțat de guvern în proporție de 77%, finanțarea privată susținând 23% din cheltuielile cu serviciile medicale. **Cheltuielile cu sănătatea reprezintă aproximativ 10% din Produsul Intern Brut,** iar numărul de medici practicanți din țară este printre cel mai mare din lume – 3,3 la mia.de locuitori. Germania are cel mai vechi sistem de asigurări de sănătate din Europa, originile sale fiind reprezentate de legislația socială a lui Otto von Bismarck, care includea asigurarea de sănătate instituită în 1883, asigurarea din caz de accident din 1884 și asigurarea pentru bătrânețe și dizabilitate din 1889. >>>

În prezent, cea mai mare parte a populației (85%) este acoperită de un plan de asigurare de bază, în timp ce 15% dintre locuitorii Germaniei optează pentru o asigurare privată de sănătate.

Guvernul acoperă parțial costurile pentru angajații cu venituri reduse, iar contribuția lor la serviciile de sănătate este limitată la o anumită valoare. Salariații cu venituri mai mari plătesc o contribuție raportată la salariul pe care îl câștigă și pot, pe de altă parte, opta pentru asigurare privată. Acest sistem poate genera economii substanțiale pentru persoanele tinere, cu o sănătate robustă. Odată cu înaintarea în vârstă, contribuțiile private cresc, iar asiguratul renunță, de obicei, la asigurarea privată, orientându-se către cea de stat.

Rambursarea se realizează la fiecare serviciu oferit pacientului, însă numărul medicilor cărora li se permite să presteze servicii în baza asigurării de stat la nivel local este reglementat de către guvern și organizațiile profesionale medicale.

Co-plata la nivelul pacienților a fost introdusă în anii 1980 pentru a preîntâmpina utilizarea excesivă a serviciilor medicale. Durata medie a spitalizării în Germania a scăzut în ultimii ani de la 14 zile la 9 zile, fiind totuși considerabil mai lungă decât durata medie din Statele Unite (cinci-șase zile).

Scanned with OKEN Scanner

Prețul medicamentelor a crescut cu 60%

Costul medicamentelor a crescut substanțial, cu aproape 60% din 1991 până în 2005. În ciuda eforturilor de a limita costurile, cheltuielile generale cu sănătatea au crescut, comparativ cu ale altor state din Europa vestică, ajungând la 10,7% din PIB în 2005, ceea ce este, totuși, considerabil mai puțin decât ceea ce se cheltuiește în Statele Unite, de exemplu (16% din PIB).

Reforma sistemului sanitar este un subiect aflat în permanență pe agenda politică germană, cea mai mare parte a demersurilor concentrându-se asupra unei distribuții cât mai echitabile a bugetului existent. Legea de reformă a sistemului de sănătate, care a intrat în vigoare în 2004, avea drept scop reducerea costurilor cu asigurările de sănătate și a contribuțiilor plătite de angajator, aceste obiective urmând să fie puse în practică prin introducerea sistemului de plată pe grupe de diagnostic (având drept scop uniformizarea prețurilor), stimularea competiției în cadrul sistemului medical și prin solicitarea unor co-plăți mai mari din partea asiguratului.

Contribuția la asigurările medicale de stat – 15,5% din salariu

Asigurarea de sănătate este împărțită pe mai multe secțiuni; cetățenii germani primesc trei beneficii obligatorii de sănătate, finanțate de angajator și de angajat: asigurarea de sănătate, cea în caz de accident și asigurarea pentru îngrijire pe termen lung. Asigurarea de accident în cazul accidentelor de muncă este plătită de angajator și acoperă toate riscurile de la locul de muncă și cele implicate de transportul până la locul de muncă. Îngrijirea pe termen lung este plătită de către angajat și angajator în proporții egale și acoperă cazurile în care o persoană nu își mai poate urma rutina zilnică (aprovizionarea cu alimente, menajul în apartament, igiena personală). Contribuția pentru acest segment este de aproximativ 2% din salariul anual.

În Germania funcționează atât asigurările publice de sănătate, cât și cele private, iar ambele sisteme încearcă să facă față costului tot mai ridicat al tratamentului medical și schimbărilor demografice.

Toți salariații trebuie să aibă o asigurare medicală de stat. Doar angajații din sistemul public, persoanele fizice autorizate sau angajații cu un venit mare, de exemplu peste 50.000 de euro, au dreptul să își facă o asigurare privată de sănătate.

În ceea ce privește sistemul public de asigurări, contribuția este stabilită de către Ministerul Sănătății, pe baza unui set fix de servicii acoperite și reprezintă 15,5% din salariu. Sistemul nu permite realizarea de economii pentru eventuale costuri medicale mai mari odată cu îmbătrânirea sau cu schimbarea stării de sănătate. În condițiile îmbătrânirii populației, există riscul ca, pe termen lung, tinerii și generațiile productive să suporte o povară considerabilă care va face sistemul deficitar sau va duce la creșterea contribuțiilor.

Asigurarea privată exclude revenirea la stat

În cadrul sistemului privat, contribuția se bazează pe o înțelegere individuală între compania de asigurări și asigurat prin care se stabilește pachetul de servicii, iar procentul plătit depinde de serviciile alese și de vârsta asiguratului. Acest sistem este folosit pentru a face economii în vederea creșterii costurilor odată cu înaintarea în vârstă.

O persoană care decide să părăsească sistemul de asigurări de stat și optează pentru asigurarea privată de sănătate nu se poate întoarce mai târziu la sistemul public, chiar dacă venitul său scade sub nivelul minim necesar pentru admiterea în sistemul privat. Din moment ce asigurarea privată este, în general, mai scumpă decât cea de stat, pacientul ar trebui să plătească o contribuție mai mare dintr-un venit mai mic.

Patru categorii de spitale

Germania deține aproximativ 2000 de spitale, grupate în funcție de modalitatea de finanțare și de serviciile disponibile. Aproximativ 55% dintre spitalele din Germania sunt finanțate de către stat, în timp ce circa 38% sunt susținute de organizații non-profit (biserici, Crucea Roșie), iar 7% sunt spitale private. Spitalele care oferă servicii de bază (îngrijire primară) au până la 200 de paturi și cuprind două-trei specialități medicale, cele care acordă servicii obișnuite (îngrijire secundară) au aproximativ 300 de paturi și patru-cinci specialități medicale, spitalele unde se pot primi îngrijiri complexe au aproximativ 500 de paturi, opt specialități și sunt în general atașate unui spital universitar; cea din urmă categorie este a spitalelor care oferă serviciile medicale cele mai variate și desfășoară activitate de cercetare și de instruire a personalului medical.

Spitalele germane oferă servicii de chirurgie în regim ambulatoriu – pacientul ajunge dimineața la spital, se pregătește pentru operație și i se acordă prioritate înaintea altor pacienți, după care i se permite să plece într-un interval scurt de timp. Internarea se face doar dacă apar complicații în cadrul procedurii chirurgicale.

Locul 13 în lume la speranța de viață, locul 43 la obezitate

Germania se află pe locul 13 în lume în ceea ce privește speranța de viață, care este de 78 de ani pentru bărbați. De asemenea, rata mortalității infantile este foarte mică, de 4,7 la o mie de nașteri.

Obezitatea este din ce în ce mai mult citată ca una dintre problemele majore de sănătate ale ultimilor ani în Germania. Potrivit unui studiu din 2007, Germania are cel mai mare număr de persoane supraponderale din Europa, iar forbes.com situează țara pe locul 43 din lume din punctul de vedere al obezității populației, cu o rată de 60,1%. Fumatul are, de asemenea, un impact negativ asupra stării de sănătate a populației: 37% dintre bărbații adulți și 28% dintre femei sunt fumători.

În 2002, cel mai frecvent diagnostic cu care erau externați bărbații germani erau bolile de inimă, urmate de disfuncții cauzate de alcool și hernii. Pentru femei, cele mai frecvente diagnostice erau cele legate de sarcini, cancer la sân și probleme cu inima. La finalul anului 2004, aproape 500.000 de germani (mai puțin de 0,1% din populație) erau infectați cu virsului HIV. În prima parte a lui 2005, peste 1100 de noi cazuri apăruseră, 60% implicând bărbați homosexuali. <<<

Germania

- 77% finanțare de la guvern a sistemului de sănătate, 23% finanțare privată
- 10% din PIB – cheltuielile cu sănătatea
- 3,3 medici la 1.000 de locuitori, printre valorile cele mai mari din lume
- 85% din populație contribuie la sistemul de asigurări de stat, 15% optând pentru asigurare privată
- 15,5% din salariu este contribuția pentru pachetul de bază
- 55% dintre spitalele din Germania sunt finanțate de către stat, 38% de către organizații non-profit, 7% sunt spitale private
- 78 de ani – speranța de viață pentru bărbați
- 4,7 la mia de locuitori – rata mortalității infantile

Scanned with OKEN Scanner

Oare doar aceasta să fie cauza?

Prof. Dr.
Sebastian Nicolau

Trăsătura caracteristică a conducerii Ministerului Sănătății în perioada postdecembristă a fost instabilitatea. Să tot fi fost vreo zece, dacă nu mai mulți deținători ai portofoliului, cu cel puțin 100-150 de membri ai echipelor lor, plus prieteni și simpatizanți din același partid la Direcțiile de sănătate județene, conduceri de institute de cercetare și direcții de spitale și alte instituții sanitare al căror număr este imposibil de apreciat. >>>

Mai mult ca niciodată „schimbarea domnilor" nu s-a însoțit de „bucuria nebunilor", pentru că aceștia din urmă, tot mai indiferenți la „schimbări", au înțeles că nu este nimic bun de așteptat de la acest neobosit carusel.

Scenariul parodiei a fost mereu același. Personajul ales al celor mari, din afara sistemului de sănătate, jura pe Cartea Sfântă și cea a Neamului, încheind cu sacrosancta „Așa să-mi ajute Dumnezeu!", după care ar fi trebuit să treacă la ceea ce ar fi trebuit să fie trudă, sau cel puțin treabă...

Ați văzut însă, în realitate, ce se întâmpla în zilele imediat următoare? Mai întâi locvacitatea la televiziune și interviurile în presă. În care, lăudându-se, își demola și denigra predecesorul, înainte de a fi făcut ceva. Bineînțeles că lumea începea cu el/ea. „Tabula rasa" a tot ceea ce se săvârșise. Nimic nu fusese bun, nici măcar o fărâmă pe care s-o continue. Pentru că în timpurile noastre unul din cuvintele scoase din vocabular, și anume cel de "*continuitate*", nu-și mai are rostul. Ca de altfel și respectul față de munca celor ce te-au precedat și care, de multe ori, sunt socotiți veritabili dușmani.

Apoi, la „treabă"! Modificări eventuale ale topografiei obiectelor din cabinet. Apoi selectarea unei/unui șef de cabinet și a unei secretare devotați, „de încredere". Și a unor consilieri pentru o echipă monolit. Apoi modificări pe ierarhia de mai jos, la cererea celor din anturajul imediat. „Und so weiter"...

Stârnește nedumerire, dacă nu chiar uimire pentru mințile celor ce se mai ostenesc să-și pună întrebări: De ce dacă un ministru este reprezentantul partidului aflat la guvernare, care are deja un program și în domeniul ocrotirii sănătății, mai trebuie să-l repete sau să creeze altul? Sau dacă părăsește, din varii motive, funcția, iar anumite puncte ale programului său n-au fost realizate, el trebuie să iasă vioi din funcție, fără a suporta consecințe?

...Astfel, au trecut mai bine de două decenii, fără ca mult trâmbițata Reformă sanitară să se fi îndeplinit, iar finalul acesteia nu se întrevede. Iar anxietatea și grija pentru sănătate a populației, îndeosebi a pensionarilor, sporește concomitent cu diverse mijloace de șantaj, cum ar fi coplata sau modificarea sistemului de asigurări de sănătate, pachetul de servicii oferit asiguraților, care devin tot mai mult vinovați, împreună cu medicii de familie și spitalele, pentru creșterea arieratelor pe care statul nu le poate achita furnizorilor de medicamente, materiale sanitare și diverse echipamente. Nu există încă nicio metodă la îndemâna Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) să sesizeze acest din urmă fenomen, din vreme?

...Recent, „arheologii" Reformei sanitare, veritabili ciocli ai acesteia, au strigat: „EVRIKA!" descoperind ceea ce li se pare a fi cauza-cauzelor. Faptul că CNAS nu este subordonată Ministerului Sănătății, pentru ca acesta să poată controla mai bine resursele! Oare aceasta să fie cauza situației jalnice a subfinanțării și a lipsei cronice de resurse, aceeași din ce în ce mai accentuată în aceste ultime două decenii? Are Ministerul Sănătății, acum, instrumentele necesare, cu aparatul său redus și șubred, să exercite un control financiar eficace? Sau ar fi mai util să controleze CNAS, corectitudinea licitațiilor ce au loc, ca și a achizițiilor directe de către conducerile unităților sanitare? Se va alege dintre „umflarea" aparatului birocratic și controalele de către persoane cu adevărat oneste, a doua variantă? Vom vedea! Nu putem însă exclude și alegerea celei/celor mai proaste variante, cum am fost obișnuiți nu de puține ori... <<<

Scanned with OKEN Scanner

Centrul pentru Managementul Serviciilor de Sanatate

CENTRUL PENTRU MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE (CMSS) este o companie privată înființată de profesioniști în domeniul managementului în sănătate, care oferă servicii de consultanță, instruire și aplicații software integrate pentru codificare clinică.

Consecvenți politicii sale **CMSS** vine în întâmpinarea necesităților dumneavoastră cu soluții concrete care să vă eficientizeze activitatea și care să contribuie la maximizarea veniturilor instituțiilor dumneavoastră:

SERVICII DE CONSULTANȚĂ ȘI ANALIZE ALE ACTIVITĂȚII CLINICE DRG A SPITALULUI

- prevalidare pentru **toate regulile de validare** stabilite de către SNSPMPDS, astfel încât riscul invalidării foilor de observație să devină extrem de mic.
- analize și rapoarte complexe, personalizate pentru cerințele specifice spitalului, la nivel global, de secție sau medic.

SOFTWARE pentru codificare clinică

- **CMSS** oferă produse software pentru codificare clinică – produse ce conțin grouperul de codificare în vederea îmbunătățirii activității de codificare clinică.
- **CMSS Coder** – este o aplicație software ce permite introducerea tuturor datelor clinice ale pacienților externați și permite deasemenea o radiografie exactă a codificării clinice.
- aplicația software atenționează utilizatorii asupra erorilor de codificare ce trebuiesc imediat corectate și permite perfecționarea codificatorilor din spital.
- în orice moment aplicația afișează valoarea relativă a cazului, durata de spitalizare și venitul obținut de spital.
- Aplicația este un produs informatic realizat de specialiștii noștri în colaborare cu programatori din Australia, specialiști internaționali în sisteme de grupare clinică.

CURSURI PENTRU CODIFICATORI CLINICI

- **CMSS** oferă cursuri de instruire în codificare clinică de lungă durată, 1 a distanță pe o perioadă de 6-12 luni împreună cu partenerul nostru exclusiv Health Information Management Association of Australia (HIMAA), absolvenții acestor cursuri devenind codificatori profesioniști cu certificare cu recunoaștere internațională.
- Cursuri de scurtă durată inclusiv la sediul beneficiarului pe specialități clinice

ELABORAREA DE POLITICI DE SĂNĂTATE, MANAGEMENTUL PROIECTELOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, INCLUSIV PROIECTE EUROPENE.

EXPERTIZĂ ȘI COMPETENȚĂ ÎN PROCESUL DE ACREDITARE AL SPITALELOR

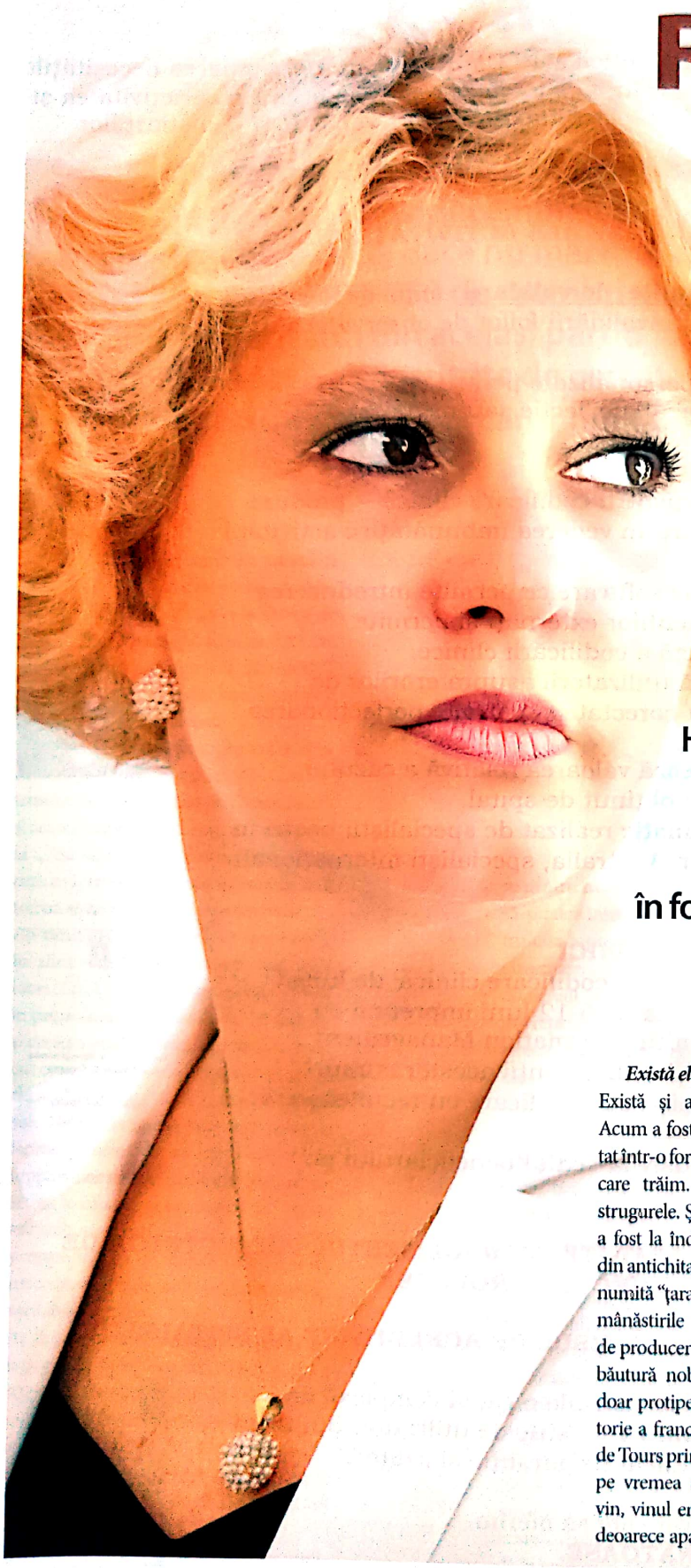
CMSS pune la dispoziția instituțiilor medicale o gamă complexă de produse și servicii toate acestea fiind certificate de sute de utilizatori din toată țara și aceasta reprezintă cel mai bun certificat de garanție și calitate.

Scopul nostru declarat este să oferim
SOLUȚII SĂNĂTOASE
în Sistemul Sanitar Românesc.

Scanned with OKEN Scanner

Dr. Dana Stănciulescu recomandă:

REVIDOX, soluția tinereții în viitor



Dana Stănciulescu a lucrat 20 de ani în industria farmaceutică. De profesie medic, s-a dedicat antreprenoriatului, dar nu a uitat nici de Jurământul lui Hipocrate. Înființarea Core Invest Health, divizia de sănătate a firmei sale, este noul proiect al doamnei doctor care demarează în forță: începând cu luna septembrie va aduce în România un adevărat elixir al tinereții. >>>

Irinel Rădulescu

Există elixirul tinereții?

Există și a existat dintotdeauna. Acum a fost redescoperit și prezentat într-o formă adecvată timpului în care trăim. Elixirul tinereții este strugurele. Și sucul de struguri, care a fost la îndemâna oamenilor încă din antichitate, când Italia era supranumită "țara vinului". În Evul Mediu mânăstirile erau adevărate temple de producere a vinului, considerat o băutură nobilă, la care avea acces doar protipendada epocii. Într-o istorie a francilor scrisă de episcopul de Tours prin secolul VI, se spune că pe vremea aceea toată lumea bea vin, vinul era parte a dietei zilnice, deoarece apa nu e bună de băut. În acea perioadă alimentația era bazată pe carne, sărată excesiv ca măsură de conservare, și pe vin, despre care istoricii spun că ar fi fost consumat în loc de salate. Richard Inimă-de-Leu avea propria vie, la Bordeaux, și își fabrica singur mustul. Toate aceste mărturii demonstrează că, intuitiv, omul a detectat "bomba de sănătate" care este strugurele și, implicit, sucul de struguri. Aici se cuvine să fac o precizare foarte importantă: în Evul Mediu se murea din cauza bolilor infecțioase, a pneumoniilor, a epidemiilor de ciumă, de lepră, din cauza septicemiilor ca urmare a rănilor dobândite în cruciade și nu numai.... Nu se murea din cauza boli-

Scanned with OKEN Scanner

lor organice. Istoria cunoaşte nenumărate exemple de longevivi medievali. În general, aceştia sunt din rândul călugărilor (principalii cultivatori şi prelucrători ai strugurilor). Vracii şi doctorii medievali erau, de asemenea, longevivi, tocmai pentru că fabricau şi foloseau tot felul de prafuri şi poţiuni naturale….

Şi cum rămâne cu "consumul de alcool dăunează grav sănătăţii"?

Am auzit de la un sommelier o caracterizare foarte sugestivă a vinului: "un emisar neserios – oamenii îl trimit în stomac şi el se duce la cap". Altfel spus, ca orice "medicament", şi vinul are efecte adverse. Şi nu puţine, mai ales în condiţiile în care progresul industrial şi-a pus amprenta şi asupra producerii lui. Astăzi, după ani de cercetări, putem beneficia de efectele miraculoase ale vinului, dar fără efectele consumului de alcool.

Se mănâncă struguri pe planetă, se bea şi vin, dar cred că sunt puţini cei care sesizează efectul de elixir al tinereţii...

Cu siguranţă, vinul sau numai vinul nu are efecte terapeutice. Dimpotrivă. Cercetătorii de pretutindeni s-au mobilizat ca să descifreze misterul boabei de strugure. Cei din Spania au făcut o descoperire de proporţii. Strugurele conţine o substanţă deosebită – resveratrol – care are proprietăţi remarcabile: opreşte îmbătrânirea externă, împiedică oxidarea celulelor, captează radicalii liberi care au efecte negative asupra sănătăţii, are efect antiinflamator şi, foarte important, este o substanţă cardio-protectoare. Din păcate, cantitatea optimă de resveratrol necesară pentru stoparea procesului de îmbătrânire şi pentru menţinerea stării generale de sănătate se obţine mâncând zilnic 45 kg de struguri sau echivalentul acestei cantităţi în vin, aproximativ 45 de sticle de vin.

Practic este imposibil, chiar dacă vinul nu ar avea alcool. Există altă soluţie?

Din fericire, DA. Când spunem „am sau are 30 de ani" avem în minte imaginea tinereţii. Puţini ştiu că aceasta este vârsta la care organismul începe să se uzeze, să îmbătrânească. Ceva mai atente şi grijulii, unele tinere femei (mai ales cele care îşi permit financiar) încep să fie adeptele tratamentelor antiaging, care constau, în cea mai mare parte, în tratamente cosmetice de suprafaţă. Acestea nu sunt de durată pentru că îmbătrânirea porneşte din interiorul organismului, de la nivelul celulei. Frumuseţea superficială se întreţine şi se obţine din interior. Cel mai bun răspuns împotriva deteriorării celulare şi, implicit, a uzurii, a îmbătrânirii organismului, îl obţinem prin intermediul REVIDOX.

Ce este REVIDOX?

REVIDOX este cel mai nou şi poate cel mai eficient antioxidant. Este un supliment alimentar total natural, rezultat al unor ani de cercetare şi care are aprobarea ştiinţifică a CSIC (Centro Superior de Investigaciones Cientificas) şi a AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria Y Nutrición). **REVIDOX** este o moleculă unică şi exclusivă compusă dintr-un concentrat de substanţe active, STILVID 84%, pe bază de STRUGURE şi RODIE. Formula sa concentrează într-o singură capsulă extract integral de STRUGURE şi RODIE îmbogăţit cu polifenoli, care contribuie într-un mod sinergic la încetinirea îmbătrânirii celulare şi la repararea semnelor interne şi externe ale vârstei.

Piaţa suplimentelor alimentare este bine reprezentată peste tot în lume. Ce aduce nou REVIDOX?

REVIDOX conţine într-o capsulă atât resveratrol cât au 45 kg de struguri sau 45 de sticle de vin. Concret, **REVIDOX** acţionează ca o frână împotriva îmbătrânirii celulare, împiedicând oxidarea celulară. Descoperirea sa este un pas crucial în procesul de stopare a îmbătrânirii şi de prevenire a problemelor majore de sănătate. **REVIDOX** prelungeşte durata de viaţă a celulelor, aceasta fiind principala sa acţiune anti-îmbătrânire. De această "longevitate" celulară beneficiază fiecare organ în parte – inima, plămânii, stomacul şi, în final, întregul organism. Este şi un puternic antitumoral. Una dintre componentele mecanismului său de acţiune se bazează pe captarea radicalilor liberi, care au efecte negative asupra sănătăţii. Radicalii liberi sunt fragmente de molecule sau atomi care au electroni liberi în plus sau în minus. Aceştia "sapă" în corpul uman în căutare de alţi electroni liberi. În drumul lor distrug, la propriu, celulele, ţesuturile, uneori chiar ADN-ul. **REVIDOX** ajută la diminuarea stresului oxidativ, neutralizând până la 50% dintre radicalii liberi care se produc în organism. Diverse studii confirmă capacitatea sa de a stimula familia de gene SIRT1, care codifică sirtuinele, numite şi "gene ale longevităţii", care permit extinderea vieţii celulelor. Prin studii clinice la om s-a demonstrat eficacitatea **REVIDOX** în protecţia şi diminuarea riscului de boli cardiovasculare, prima cauză de mortalitate, după cum se ştie. **REVIDOX** frânează oxidarea LDL-ului ("colesterolul rău"), împiedicând formarea trombozei. Are efecte notabile antiinflamatorii şi de stimulare a imunităţii. Nu în ultimul rând, aş aminti efectul protector asupra fibrelor elastice ale pielii şi puternica acţiune împotriva petelor. Pe ansamblu, cred că nu este o exagerare să vorbim de un elixir al tinereţii.

Dumneavoastră luaţi REVIDOX?

Eu iau numai de două luni. Soţul meu este adeptul **REVIDOX** de aproape un an. Am început să fiu mai atentă şi interesată de acest produs în momentul în care el a început să-mi vorbească despre efectele benefice pe care le sesizează în starea sa generală. Descrierile pe care le face te duc clar cu gândul la un mecanism care acţionează la nivel elementar, efectele lui fiind resimţite în tot organismul. Soţul meu este şi el medic. Dar nu eu sau soţul meu suntem importanţi. În Spania, de exemplu, toate vedetele iau **REVIDOX**, iar primarul Madridului este un consumator fidel.

Se poate spune că este "o gură de oxigen" pentru bugetele de sănătate, având în vedere îmbătrânirea populaţiei?

Se poate spune şi aşa. Încetinind procesul de îmbătrânire, automat măreşti perioada în care eşti liber de bolile asociate bătrâneţii. Sigur, bugetele sănătăţii au o perioadă de relaxare. Principalul câştigător este însă cel care ia **REVIDOX**. Câştigă tinereţe şi sănătate. **REVIDOX** nu adaugă doar ani vieţii. Putem spune că şi dă viaţă anilor pe care îi câştigăm, pentru că starea de bine, conservarea tinereţii înseamnă VIAŢĂ, înseamnă să trăieşti, nu să supravieţuieşti.

Ce efecte secundare are?

Nu sunt cunoscute efecte secundare şi nici nu are contraindicaţii. Se recomandă o capsulă de **REVIDOX** pe zi, cu puţin lichid. Se poate lua la orice oră a zilei. **REVIDOX** poate fi luat pe tot parcursul anului fără a fi nevoie de intercalarea unor pauze.

De unde se poate procura acest elixir al tinereţii?

Din septembrie se va găsi în farmacii. Şi important este că îţi poţi prelungi tinereţea şi implicit poţi întârzia apariţia bolilor generate de trecerea timpului, doar cu 7 lei pe zi. Poţi fi tânăr la viitor! <<<

Dana Stănciulescu a început ca reprezentant medical şi a urcat treaptă cu treaptă până în vârful ierarhiei. Cele mai mari realizări le-a obţinut în calitate de country manager la compania multinaţională TEVA. În opt ani, graţie strategiei sale manageriale, vânzările companiei au crescut de la 30.000 euro anual la 14 milioane de euro. Succesul este cu atât mai notabil cu cât a fost obţinut într-o perioadă în care industria farmaceutică a avut de înfruntat schimbări legislative majore: descentralizarea programului naţional de oncologie, trecerea prescripţiei pe denumire comercială, neactualizarea preţurilor la medicamente în funcţie de cursul leu/euro. De trei ani conduce propria firmă de consultanţă în domeniul farmaceutic, Core Invest Consulting.

Scanned with OKEN Scanner

Politica paşilor mărunţi

Delia Budurcă

După câţiva ani petrecuţi în Statele Unite, inclusiv la un MBA care i-a antrenat abilităţile de manager şi investitor, Simona Bucur a decis să mai dea o şansă României şi a ales farma. Sau mai degrabă farma a ales-o pe ea când la un târg de cariere din SUA compania Johnson & Johnson a recrutat-o pentru România. Şi de atunci, din 2008, a decis că farma şi România îi plac şi sunt nişte locuri unde nu te poţi plictisi. >>>

Simona Bucur, Johnson & Johnson

A terminat Managementul Instituţiilor europene la Cluj şi în vacanţe a lucrat în Statele Unite. A aplicat apoi la un MBA, unde spune că a întâlnit profesori şi oameni extraordinari. "Ce am învăţat? Să tac când e de tăcut şi să vorbesc când am ceva important de spus", rezumă lecţia MBA-ului la o singură frază. Nu se preda teorie, ci erau simulate proiecte din viaţa reală.

Apoi a participat la un târg de cariere. "Aveam impresia că nu dădusem suficiente şanse ţării mele. A fost o şansă, am fost omul potrivit, la locul potrivit, la timpul potrivit". După care a urmat şocul Bucureştiului, cu atât mai mare pentru un om care experimentase în România numai viaţa în Ardeal. Pe de altă parte, a intrat într-o firmă mare, "cu multe oportunităţi" şi o cultură corporatistă bine definită. "Am intrat direct în pâine", spune ea.

Prima sa poziţie a fost junior new business development manager – se ocupa de pregătirea lansării unor noi produse. Însă întârzierea cu care se actualizează lista de compensate face ca firma să nu aducă în România produse care sunt rambursate pe alte pieţe încă de acum patru ani.

Din 2009 este corporate affairs manager, se ocupă de depunerea dosarelor de preţ şi rambursare pentru produsele firmei, precum şi de relaţiile guvernamentale. Ce face? Health economics şi farmaco-economie – ştiinţa folosirii medicamentului celui mai bun în condiţiile unor resurse limitate. Cu alte cuvinte, manevrează balanţa preţ/calitate. În plus, încearcă să asigure predictibilitate climatului legislativ şi de reglementare local din domeniu.

Spune că o ţară e un mare colos despre care nu te poţi aştepta să se mişte de la un an la altul. Însă e optimistă că lucrurile încep să se schimbe şi la noi, există presiune pe implementarea legislaţiei europene şi, mai ales "începe să existe şi o masă de tineri profesionişti, între 25 şi 45 de ani, care sunt conştienţi de drepturile lor civice" şi încep să le şi ceară. "Simt că începe să existe un pic de trezire civică", spune ea.

Crede în "politica paşilor mărunţi" şi încearcă să-şi ţină în frâu nerăbdarea. În ceea ce priveşte finanţarea sănătăţii şi reformele, spune că acestea trebuie să meargă în paralel, bidirecţional, nu poţi face reformă fără o alocare adecvată. Împreună, cele două componente vor conduce în final la rezultate. "Chiar din cauza subfinanţării există probleme de ineficienţă a chelturirii banilor publici. Nu neg că există loc de economii semnificative, dar nu ne putem permite să fim trataţi ca într-o ţară bananieră până atingem aceste economii", crede Simona Bucur.

Cum e în farma? "Farma e dinamică, frumoasă şi nu te plictiseşti niciodată, te ţine în priză".

Să nu ne supraevaluăm aşteptările, să ceri de nenumărate ori până ca celălalt să sesizeze nevoia şi o abordare realistă în ceea ce face sunt lecţiile pe care spune că le-a învăţat până acum.

În acelaşi timp, echilibrul, consistenţa mesajului şi viziunea pe termen lung sunt cele trei elemente pe care încearcă să nu le piardă din vedere în tot ceea ce face. <<<

Scanned with OKEN Scanner

GOLDEN TULIP
MAMAIA - RESORT & CONFERENCE

Powered by Attitude

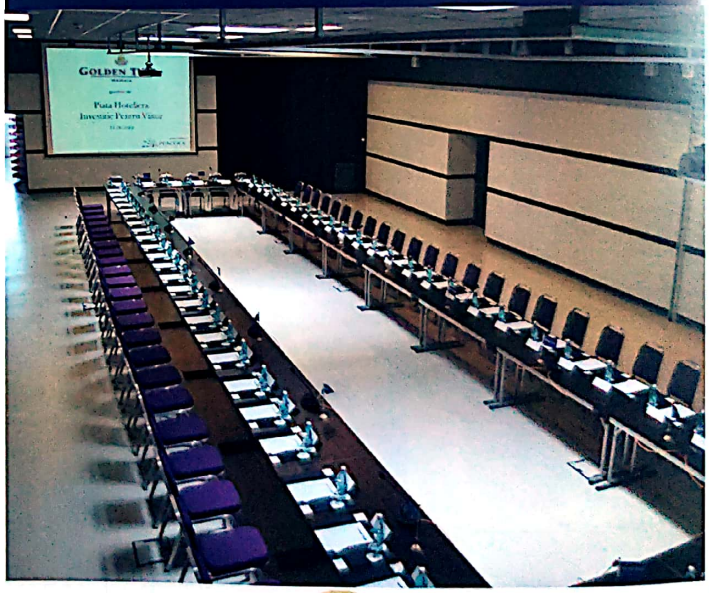
International standards, *local flavours*

Only a year after the grand opening, the Zenith Events Center hosted a wide range of events for a multitude of local and international companies, providing our guests with our best support and services.

Zenith Business Center
conference, events & banqueting

Zenith Event Center is the state-of-the art conference and events venue on the Romania Riviera, fully equipped with up to date multimedia technology, including simultaneous translation system. The Space of over 1000 sqm is the most versatile venue you can find and with the professional specialized furniture it can be set up and adapted to absolutely any kind of request.

Golden Tulip Mamaia Hotel



Golden Tulip Mamaia Hotel, located in the northern part of Mamaia resort, only few meters away from beach, offers the perfect harmony between leisure and business.

www.zenitheventscenter.ro
conference@goldentulipmamaia.com
+40 372 418 499

Scanned with OKEN Scanner

Eficientizarea procedurii de **trimitere la tratament în străinătate** a bolnavilor ce nu pot fi tratați în România

Elena Sima, avocat,
Societatea Civilă de Avocați
"Șerban & Asociații"
esima@serbanlawfirm.ro

Pacienții pentru care nu se poate asigura tratament în țară și necesită tratament în străinătate pot purta direct corespondență cu clinicile din străinătate și pot prezenta detaliile convenite Direcțiilor de sănătate publică, iar la un an după reîntoarcerea în țară a pacientului, medicul care a propus efectuarea tratamentului în străinătate trebuie să transmită autorităților un raport medical post-tratament, potrivit modificărilor adoptate pentru eficientizarea și transparentizarea acestui proces. De asemenea, Comisia din Ministerul Sănătății cu atribuții în acest program se va întruni de două ori pe lună, în loc de o dată, și sunt stabilite termene clare pentru derularea etapelor din cadrul procedurii de trimitere la tratament în străinătate. >>>

Programul național de tratament în străinătate urmărește rezolvarea cazurilor medicale pentru care nu există soluții în România, bugetul alocat anul acesta de către Ministerul Sănătății fiind de 29 milioane de lei, cu 3 milioane de lei mai mare față de cel din anul precedent.

Pe lângă creșterea bugetului alocat, Ministerul Sănătății a mai decis și unele modificări legislative având drept scop eficientizarea Programului de tratament în străinătate, eliminarea birocrației din procedura de trimitere la tratament în străinătate și asigurarea unei mai bune transparențe.

Astfel, legislația în vigoare privind tratamentul în străinătate al bolnavilor care prezintă afecțiuni deosebit de grave și care nu pot fi tratate în țară a fost modificată și completată prin publicarea în Monitorul Oficial nr.416 din 14 iunie 2011 a Ordinului ministrului sănătății nr. 1011/2011.

Pacienții pot coresponda direct cu clinicile din străinătate

Noul ordin stabilește termene clare pentru fiecare etapă din cadrul procedurii de trimitere la tratament în străinătate și ca element de noutate acordă și bolnavilor sau reprezentanților legali ai acestora posibilitatea de a purta corespondența cu clinicile recomandate de către Comisia de specialitate, aceasta nemaifiind, ca anterior, o atribuție exclusivă a Direcțiilor de sănătate publică.

Un an

este termenul la care medicul care a recomandat tratarea unui pacient în străinătate trebuie să facă un raport privind starea sănătății acestuia către Direcția de Sănătate Publică

De asemenea, ordinul prevede că bolnavii sau reprezentanții lor legali care au optat pentru realizarea unei corespondențe directe cu clinicile recomandate au obligația de a prezenta Direcțiilor de sănătate publică documentele emise de către clinici, purtând antetul și semnătura clinicii și conținând date privind identificarea clinicii și a pacientului, privind costul tratamentului și condițiile de plată, precum și privind programarea pacientului la tratatment.

Raport medical post-tratament pentru DSP

Ordinul stabilește și obligația bolnavului de a se prezenta, la întoarcerea în țară, în termen de 14 zile lucrătoare sau ori de câte ori este programat, la medicul curant de specialitate care i-a recomandat tratamentul în străinătate. De asemenea, la împlinirea termenului de un an de la efectuarea primului astfel de control, medicul curant de specialitate va elabora un raport medical care va fi înaintat Direcției de Sănătate Publică. În caz de neprezentare la medicul curant, pacientul nu va beneficia de aprobarea altor solicitări privind trimiterea la tratament în străinătate.

Noile prevederi instituie obligația Direcțiilor de Sănătate Publică de a afișa și actualiza periodic informațiile cu privire la stadiul soluționării și numărul cererilor înregistrate pentru trimitere la tratament în străinătate. Aprobarea finanțării dosarelor va fi eficientizată, deoarece Comisia Ministerului Sănătății care are atribuții în acest sens se va întruni mai des, adică de două ori pe lună și nu o dată, așa cum era stabilit anterior. <<<

ȘERBAN & ASOCIAȚII
SOCIETATE CIVILĂ DE AVOCAȚI

Adresa: Opera Business Center, str. Costache Negri nr. 1-5, etaj 7, sector 5, Bucuresti, cod 050552, Romania
Telefon: (+40) 31 805 92 0; **Fax:** (+40) 31 805 92 92;
e-mail: office@serbanlawfirm.ro;
www.serbanlawfirm.ro

Scanned with OKEN Scanner

Asociația Pacienților cu informare și consiliere pentru 80 de boli

Delia Budurcă

Pacienții cu boli autoimune s-au constituit într-o asociație care să le promoveze interesele și al cărui scop este acoperirea nevoii pregnante de informare și suport care se manifestă în acest domeniu. Există 80 de boli autoimune între care cele mai frecvente sunt psoriazisul, diabetul de tip I, artrita reumatoidă, tiroiditele. Conform statisticilor americane, una din cinci persoane suferă de o boală autoimună. Raportată la populația țării noastre, această statistică ar conduce la estimarea că în România circa patru milioane de pacienți suferă de o boală autoimună.

„Asociația s-a înființat anul trecut pentru că eu am psoriazis de 20 de ani și mi-am dat seama, în timp, că există o foarte mare lipsă de informare în acest domeniu. Scopul principal al asociației noastre de pacienți este informarea, pentru că am descoperit că foarte mulți dintre pacienți fie nu conștientizează că sunt bolnavi, fie, spre exemplu în cazul psoriazisului, din jenă sau din alte motive, nu se duc la medic. Ne dorim să atragem cât mai mulți membri în asociație pentru că o asociație puternică le reprezintă mai bine interesele", spune Rozalina Lăpădatu, președinta Asociației Pacienților cu Afecțiuni Autoimune (APAA).

80 de boli autoimune

Ca și în cazul altor afecțiuni, statistica românească este destul de precară, lipsesc registrele pe diferite afecțiuni, astfel că nu se cunoaște exact numărul pacienților cu anumite boli și este greu de estimat, astfel, și necesarul de tratament. "Se estimează că există 400.000 de pacienți cu psoriazis, dar până nu avem un registru al pacienților, nu putem ști numărul exact de bolnavi. De altfel acesta este unul din obiectivele Asociației, să facem un registru pentru fiecare boală autoimună. De la lipsa acestor registre provin și problemele legate de estimarea necesarului de fonduri alocate de autorități", explică Rozalina Lăpădatu.

Există 80 de boli autoimune în diferite specialități medicale. Cele mai afectate de bolile autoimune sunt celule roșii ale sângelui, vasele de sânge, tiroida, pancreasul, mușchii, articulațiile și pielea. Astfel, există afecțiuni dermatologice (psoriazis, lichen plat, vitiligo), endocrine (tiroidita Hashimoto, boala Graves, boala Addison, diabetul zaharat de tip I), digestive (boala Crohn, colita ulceroasă), de sânge (anemia

Ce sunt afecțiunile autoimune?

În mod normal sistemul imun distinge între "self" (personal, care îți aparține - engl.) și "non self" (ce nu îți aparține, străin – engl.) și atacă doar țesuturile recunoscute ca "non self". Afecțiunile autoimune sunt cauzate de un răspuns nepotrivit al sistemului imun împotriva propriului organism, care nu mai recunoaște unul sau mai mulți constituenți normali ai organismului ca "self" și va crea anticorpi care atacă propriile celule, țesuturi și/sau organe, nerecunoscute ca proprii. Acest răspuns cauzează inflamația și distrugerea, conducând la declanșarea afecțiunilor autoimune. Cauza declanșării acestui răspuns e necunoscută, dar se presupune că ar fi implicată o predispoziție genetică. În unele afecțiuni autoimune, precum febra reumatică, o bacterie sau un virus declanșează răspunsul imun pentru că o parte a structurii organelor proprii se aseamănă cu structura microorganismului infectant. Analizele generale care urmăresc inflamația vizează Proteina C Reactivă și Rata de sedimentare a eritocitelor, nivelurile crescute indicând un organ sau un țesut inflamat. Pentru localizarea exactă a inflamației se fac teste specifice funcție de examenul clinic. Obiectivul tratamentului vizează reducerea simptomelor, controlul procesului autoimun și menținerea capacității organismului de a lupta împotriva bolii. Tratamentul este personalizat. În bolile autoimune puseele alternează cu perioade de remisiune, ceea ce face să fie dificil de diagnosticat și tratat. Nu se cunosc metode de prevenție pentru afecțiunile autoimune.

Scanned with OKEN Scanner

Afecțiuni Autoimune –

hemolitică, anemia pernicioasă), articulare (reumatismul articular acut, poliartrita reumatoidă), ale aparatului renal, afecțiuni neurologice (encefalomielita diseminată, scleroza multiplă, miastenia gravis), vasculare (vasculite, arterita temporală, granulomatoza Wegener), afecțiuni ale mușchilor (fibromialgia, dermatomiozita, polimiozita), ale țesutului conjunctiv (lupus, sclerodermia), afecțiuni respiratorii (sarcoidoza). O persoană poate fi afectată în același timp de mai mult de o boală autoimună.

Consiliere psihologică și implicarea medicilor de familie

Asociația acordă consiliere psihologică pacienților și, prin parteneriatele încheiate cu diferitele societăți medicale și companii private, dezvoltă programe specifice croite pe necesitățile pacienților cu diferite boli. Un astfel de program, care va demara în această toamnă, este creat pentru pacienții cu boală Crohn și colită hemoragică, afecțiuni digestive care impun pacienților un acces rapid și facil la toaletă. "Este un proiect de sensibilizare a zonei de retail, în special, astfel încât acești oameni să nu mai întâmpine dificultățile actuale", explică Rozalina Lăpădatu.

Un alt proiect vizează implicarea medicilor de familie, pentru a-și orienta pacienții cu boli autoimune către specialiști, în special pe cei cu psoriazis către dermatologi. Acest proiect va demara în această toamnă. "Noi dorim să sensibilizăm medicii de familie să trimită pacienții cu psoriazis la dermatolog, în cadrul acestui proiect care își propune creșterea accesibilității la tratament", spune președinta asociației. Un alt proiect similar, care se află în pregătire la acest moment, vizează artrita reumatoidă.

De asemenea, în cadrul site-ului asociației, www.apaa.ro, va fi înființat un forum care va fi moderat de specialiști și în cadrul căruia pacienții pot afla răspunsuri directe legate de afecțiunile lor și problemele cu care se confruntă. Alte evenimente aflate în pregătire pentru această toamnă urmează să fie corelate cu Ziua Mondială a Psoriazisului, stabilită pe data de 29 octombrie. <<<

Afecțiuni autoimune

Există 80 de boli autoimune în diferite specialități medicale. Dintre acestea se numără:

- afecțiuni dermatologice (pemfigus, psoriazis, lichen plat, vitiligo)
- endocrine (tiroidita Hashimoto, boala Graves, boala Addison, diabetul zaharat de tip I)
- digestive (boala Crohn, colita ulceroasă, hepatita autoimună, ciroza biliară primitivă)
- de sânge (anemia hemolitică, anemia pernicioasă, purpura trombocito-penică idiopatică)
- articulare (reumatismul articular acut, poliartrita reumatoidă, spondiloza anchilopoetică)
- ale aparatului renal (boala Berger, sindromul Goodpasture)
- afecțiuni neurologice (encefalomielita diseminată, scleroza multiplă, miastenia gravis)
- vasculare (vasculite, arterita temporală, granulomatoza Wegener)
- afecțiuni ale mușchilor (fibromialgia, dermatomiozita, polimiozita)
- ale țesutului conjunctiv (lupus, sclerodermia)
- afecțiuni respiratorii (sarcoidoza – sindromul Besnier –Boeck-Schaumann)

Scanned with OKEN Scanner

Cum se face prezentarea de caz
V. Drepturile pacientului

Mihai Roca, Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gr. T .Popa" Iaşi
Traian Mihăescu Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gr. T .Popa" Iaşi , British Medical Journal – Ediţia în limba română

Publicarea prezentărilor de cazuri clinice este cunoscută ca o modalitate importantă de împărtăşire a experienţei profesionale a clinicienilor, obţinută în urma practicii medicale de zi cu zi, prin descrierea detaliată a unor situaţii clinice speciale, permiţând dezvoltarea bazei de cunoştinţe teoretice şi a raţionamentului clinic, diagnostic sau terapeutic, în legătură cu diferite afecţiuni, având ca rezultat generarea unor noi ipoteze de cercetare. >>>

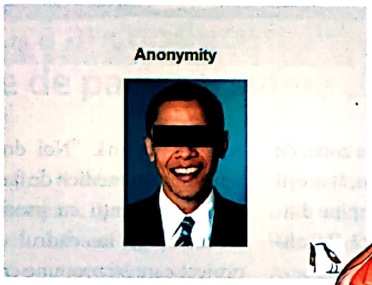
Din punct de vedere al bioeticii, publicarea unui caz clinic implică probleme legate de principiile secretului profesional, respectarea confidenţialităţii şi a intimităţii individului.

Principiul confidenţialităţii

Primul aspect care trebuie avut în vedere este principiul confidenţialităţii. Acesta este un principiu în general familiar medicilor, care poate fi definit prin protejarea informaţiilor primite de la pacient, ca semn de încredere, şi prin garantarea nedivulgării neautorizate a acestora. Cu alte cuvinte, confidenţialitatea impune obligaţia etică de a respecta intimitatea pacientului la toate nivelurile.

Încălcarea confidenţialităţii este „acţiunea de a divulga sau de a permite divulgarea de informaţii personale şi de a trăda încrederea pacientului" şi are loc „atunci când informaţiile sunt utilizate fără consimţământul pacientului sau atunci când un pacient este observat fără acordul său".[1]

Datoria etică a medicilor, legată de confidenţialitate, este stipulată clar în American Medical Associations Code of Medical Ethics, în capitolul referitor la secretul professional.[2] Este important să subliniem faptul că pacienţii dau importanţă acestor principii, aşteptându-se să fie respectate de către medici.

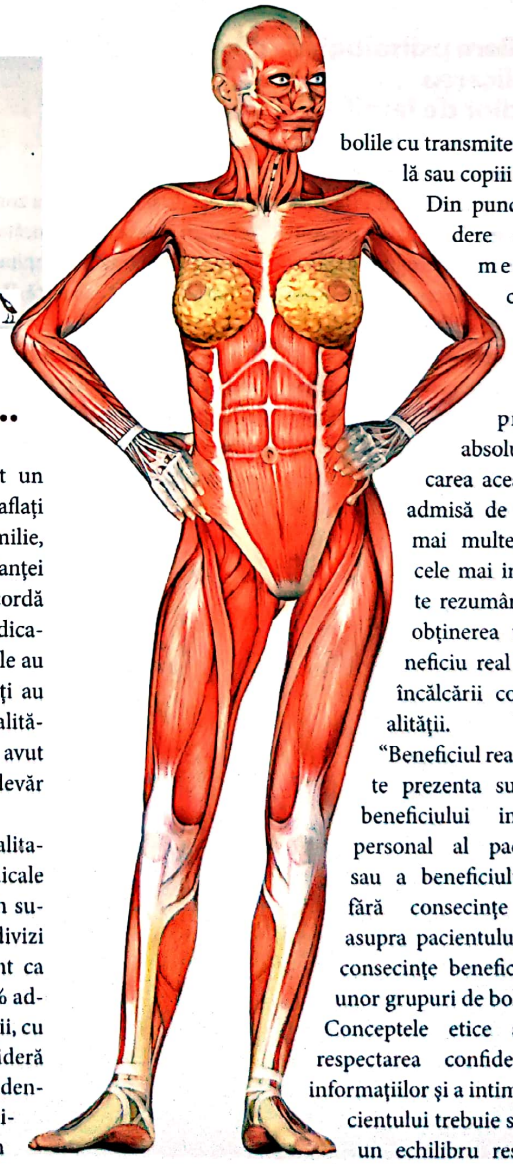


Model de protectie a identităţii pacientului...

După Liz Wager, SideView, UK

În Marea Britanie a fost realizat un studiu cuprinzând 29 de pacienţi aflaţi în îngrijirea unor medici de familie, urmărindu-se evaluarea importanţei pe care fiecare dintre aceştia o acordă confidenţialităţii informaţiilor medicale oferite de către medic. Rezultatele au arătat că deşi 100% dintre subiecţi au considerat respectarea confidenţialităţii ca fiind crucială, doar 72% au avut încredere că aceasta a fost într-adevăr respectată.[3]

La momentul actual, confidenţialitatea este un principiu al eticii medicale caracterizat prin relativitate şi prin subiectivitate: dacă 83% dintre indivizi consideră că este foarte important ca acest principiu să fie respectat, 80% admit dezvăluirea anumitor informaţii, cu acordul pacientului, iar 37% consideră acceptabilă chiar încălcarea confidenţialităţii, fără consimţământul pacientului, în situaţii speciale precum



bolile cu transmitere sexuală sau copiii abuzaţi.

Din punct de vedere al eticii medicale, confidenţialitatea nu este un principiu absolut. Încălcarea acesteia este admisă de etică, în mai multe situaţii, cele mai importante rezumându-se la obţinerea unui beneficiu real în urma încălcării confidenţialităţii.

"Beneficiul real" se poate prezenta sub forma beneficiului individual, personal al pacientului, sau a beneficiului difuz, fără consecinţe directe asupra pacientului, dar cu consecinţe benefice asupra unor grupuri de bolnavi.

Conceptele etice arată că respectarea confidenţialităţii informaţiilor şi a intimităţii pacientului trebuie să reflecte un echilibru responsabil

Scanned with OKEN Scanner

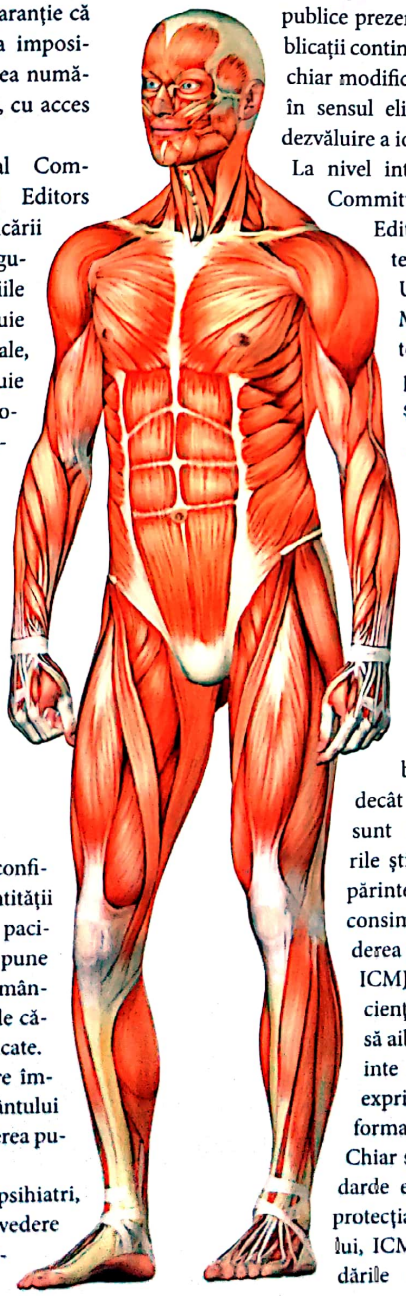
între interesul individual şi cel public, o punere în balanţă a riscurilor individuale şi a beneficiilor colective.

Chiar dacă protecţia vieţii private a pacientului este o preocupare omniprezentă, dimensiunea etică a acesteia trebuie să aibă în vedere posibilele beneficii pe care anumite dezvăluiri realizate în cadrul prezentărilor de cazuri clinice sau a altor materiale ştiinţifice le pot avea pentru tratarea altor bolnavi.

Mulţi autori folosesc, în scopul publicării prezentărilor de caz, tehnici de denaturare a unor date, în ideea de a proteja identitatea pacientului, pentru a îndeplini principiile menţionate mai sus. Totuşi, nu există nici o garanţie că acestea vor face identificarea imposibilă, ţinând cont şi de creşterea numărului publicaţiilor electronice, cu acces foarte larg.

Recomandările International Committe of Medical Journal Editors (ICMJE) sunt împotriva falsificării datelor, ca modalitate de asigurare a confidenţialităţii: "detaliile care permit identificarea trebuie omise, dacă nu sunt esenţiale, dar datele pacientului nu trebuie în niciun caz falsificate sau modificate, în încercarea de obţinere a anonimatului".[4]

Aceste recomandări au în vedere şi practicile incorecte ale unor autori de a combina datele mai multor pacienţi, prezentându-le sub forma unei singure prezentări de caz. Aceste practici sunt încadrate ca falsificări ale datelor.



Consimţământul informat

Având în vedere principiile confidenţialităţii şi protecţiei identităţii individului, în general, şi a pacientului în mod particular, se pune problema obţinerii consimţământului informat al pacienţilor ale căror cazuri urmează să fie publicate.

Au existat şi puncte de vedere împotriva folosirii consimţământului informat al pacienţilor, în vederea publicării cazurilor.

Astfel, în 2001, doi medici psihiatri, vorbind strict din punctul de vedere al propriei specialităţi, îşi exprimau îngrijorarea privind faptul că anumiţi pacienţi ar trebui să citească prezentările propriilor cazuri şi să semneze consimţământul informat, considerând că aceasta ar putea să le dăuneze sănătăţii şi să diminueze în acest fel utilitatea prezentării de caz, ca modalitate valoroasă de învăţare.[5]

Aceşti autori au argumentat că însuşi standardul obţinerii consimţământului informat, în vederea publicării, ar putea fi ne-etic, riscurile şi beneficiile fiind încă insuficient studiate.

La momentul actual, nu toate publicaţiile au adoptat folosirea consimţământului informat al pacientului drept condiţie obligatorie pentru autorii care vor să publice prezentări de cazuri. Multe publicaţii continuă să recomande autorilor chiar modificarea anumitor informaţii, în sensul eliminării posibilităţilor de dezvăluire a identităţii pacienţilor.

La nivel internaţional, International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) face anumite recomandări, în cadrul Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, privind confidenţialitatea şi protejarea intimităţii pacienţilor: „Pacienţii au dreptul la intimitate, iar acest drept nu trebuie încălcat fără a se solicita consimţământul informat. Informaţiile aferente identităţii pacientului, incluzând nume, iniţiale, fotografii, numere de identificare în spital, nu trebuie publicate în descrieri scrise decât dacă aceste informaţii sunt esenţiale pentru scopurile ştiinţifice şi pacientul (sau părintele/tutorele) îşi exprimă consimţământul informat în vederea publicării."[4]

ICMJE recomandă chiar ca pacienţii potenţial identificabili să aibă acces la manuscris înainte de publicare, pentru a-şi exprima consimţământul informat în cunoştinţă de cauză.

Chiar şi aşa, pe baza unor standarde etice rigide cu privire la protecţia vieţii private a pacientului, ICMJE îşi încheie recomandările astfel: „consimţământul informat trebuie să fie obţinut în cazul în care există orice îndoială că anonimatul poate fi menţinut".[4]

„Există orice îndoială" este expresia care admite excepţii şi consolidează relativitatea principiilor implicate, din perspectiva eticii medicale.

Oricum, din recomandările ICMJE rezultă în mod clar că obţinerea consimţământului informat al pacienţilor ar trebui să fie una dintre condiţiile incluse în instrucţiunile pentru autori ale publicaţiilor, iar existenţa consimţământului ar trebui declarată în textul oricărei prezentări de caz trimisă spre publicare.[4]

Dincolo de orice controverse, prezentările de cazuri clinice rămân instrumente deosebit de utile în medicină, din punct de vedere al modalităţii facile de transmitere a informaţiei medicale, dar şi al generării de ipoteze de cercetare.

Prezentarea de caz nu ar trebui, totuşi, să devină o modalitate de trădare a încrederii pacienţilor de către cei cărora le-a fost încredinţată sănătatea acestora. Din acest punct de vedere, autorii trebuie să fie responsabili pentru scrierea manuscriselor şi să respecte standardele etice, începând cu respectarea confidenţialităţii şi obţinerea consimţământului informat al pacienţilor pentru prezentările de caz.

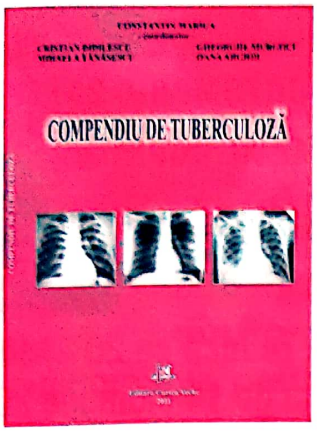
În acelaşi timp, editorii revistelor medicale trebuie să se asigure că standardele impuse autorilor pentru publicarea articolelor au în vedere nu doar criterii privind calitatea ştiinţifică şi structura articolelor, ci şi principiile de etică medicală. <<<

Bibliografie

1. Goldim JR. Bioética e ética na ciência. Disponibil la: http://www.bioetica.ufrgs.br (Accesat la data: 03.07.2011).
2. American Medical Association's Code of Medical Ethics. Disponibil la: http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page? (Accesat la data: 03.07.2011).
3. Jones C. The utilitarian argument for medical confidentiality: a pilot study of patients' views. *J Med Ethics* 2003;29:348-52.
4. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Disponibil la: http://www.ICMJE.org (Accesat la data: 03.07.2011).
5. Levine SB, Stagno SJ. Informed consent for case reports: the ethical dilemma of right to privacy versus pedagogical freedom. *J Psychother Pract Res* 2001;10:193-201.

Scanned with OKEN Scanner

„Compendiu de tuberculoză" cartea a trei generații



Raluca Băjenaru

Volumul „Compendiu de tuberculoză", realizat sub coordonarea prof. dr. Constantin Marica, șeful secției Pneumologie I din cadrul Institutului de Pneumologie „Marius Nasta", București și apărut la Editura Curtea Veche, își propune să informeze medicii care, prin prisma specialității, au tangențe cu această boală, asupra datelor de actualitate din domeniul tuberculozei, dar și asupra cunoștințelor de bază necesare tratamentului. Colectivul de autori este format din prof. dr. Cristian Didilescu, profesor asociat - disciplina de pneumoftiziologie a Universității de Medicină și Farmacie Craiova, dr. Gheorghe Murgoci, șeful secției de Pneumologie Pediatrică, Institutul de Pneumologie "Marius Nasta", dr. Mihaela Tănăsescu, medic primar pneumolog, Institutul de Pneumologie "Marius Nasta" și dr. Oana Arghir, Șeful Secției Clinice de Pneumologie adulți, Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța. >>>

„Autorii sunt maturi din punct de vedere științific și dețin o experiență clinică bogată", a comentat prof. dr. Ioan Fulga, prorector UMF "Carol Davila", în cadrul evenimentului de lansare a cărții, adăugând că pentru a sintetiza peste un milion de pagini de literatură științifică în 500 de pagini este nevoie cu siguranță de calități deosebite. „Cum spunea și Mircea Eliade, tânărul cercetează, maturul înțelege. Subliniez caracterul profund social al compendiului care are permanent în vedere eliminarea tuberculozei ca problemă majoră de sănătate publică, autorii fiind implicați într-un război real împotriva acestei afecțiuni", a afirmat prof. dr. Fulga.

Prezent la eveniment, prof. dr. Florin Mihălțan, președintele Societății Române de Pneumologie, a apreciat că acest volum reprezintă cartea a trei generații. „Astfel, avem posibilitatea de a transmite ștafeta corect în tratamentul tuberculozei care rămâne o boală-univers", a comentat acesta.

După o scădere a incidenței tuberculozei la nivelul anilor 1980, prevalența acestei boli a început să crească peste tot în lume. Din acest punct de vedere, România se află pe locul patru în Regiunea Europa a OMS, după Kazahstan, Kîrgîstan și Republica Moldova. La nivel mondial România ocupă locul 52 din 212 țări. În țara noastră, numărul de cazuri de tuberculoză a crescut de la peste 12.600 în 1985 la aproape 31.000 în 2002, pentru a scădea apoi semnificativ la aproape 19.400 în 2010.

Alături de informații legate de epidemiologia tuberculozei, de epidemiologia moleculară, calea de transmitere și diagnosticul tuberculozei, Compendiul de tuberculoză conține și informații legate de tuberculoza la copii, tuberculoza secundară, tuberculoza multidrogrezistentă, precum și de asocierea dintre tuberculoză și virusul imunodeficienței umane. Alte capitole ale cărții detaliază vaccinarea BCG, biosiguranța și controlul spitalicesc, dar și organizarea controlului tuberculozei în România, coordonarea implementării strategiei naționale și programul național de control al tuberculozei.

Anual, în România apar aproximativ 778 de noi cazuri de tuberculoză, regimul național de evidență nefiind, însă, definitivat, potrivit prof. univ. dr. Constantin Marica. În țara noastră există peste 1.500 de cazuri de tuberculoză chimiorezistentă, în timp ce la nivel mondial 440.000 de bolnavi au această formă a bolii, dintre care aproximativ 10% nu au soluție medicală. Rata de mortalitate este de 7,1 la suta de mii, iar dintre decese 60% survin în cazul bolnavilor cronici fără soluție teraputică. <<<

Scanned with OKEN Scanner

CONFERINȚA NAȚIONALĂ de Medicină a Familiei

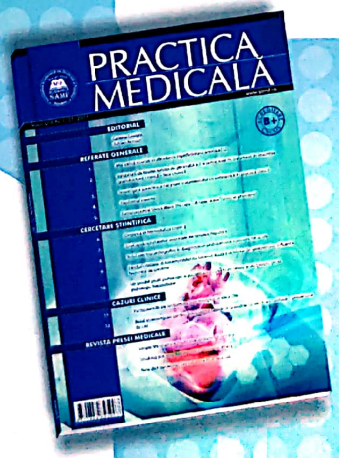
SOCIETATEA MF ACADEMICĂ SAMF
Societatea Academică de Medicină a Familiei

MF 2011

BUCUREŞTI, 27-29 OCTOMBRIE 2011
PALATUL NAȚIONAL AL COPIILOR

Participanții beneficiază de:

1. Taxa de participare **redusă cu 20%**, adică 150 lei, până la data de 1 octombrie 2011.
2. **Credite EMC**, diploma fiind acreditată de Colegiul Medicilor din România.
3. **GRATUIT** numărul curent al revistei PRACTICA MEDICALĂ.



TEMA PRINCIPALĂ:

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII (DE LA PREVENȚIE LA TRATAMENT) ÎN SOCIETATEA CONTEMPORANĂ.

TEMA SECUNDARĂ:

CAZURI CLINICE CARE CONTRAZIC GHIDURILE!

SECȚIUNI:

1. PATOLOGIE RESPIRATORIE.
2. IMUNOPROFILAXIE / INFLAMAȚIE.
3. ANTIBIOTERAPIE ȘI PATOLOGIE INFECTO-VIRALĂ.
4. DIABET ZAHARAT ȘI BOLI ENDOCRINE.
5. PATOLOGIE PEDIATRICĂ ÎN MEDICINĂ DE FAMILIE.
6. PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ.
7. REUMATOLOGIE. HEMATOLOGIE. BOLI SISTEMICE.
8. HEPATO-GASTROENTEROLOGIE.
9. PATOLOGIE PSIHIATRICĂ ÎN MEDICINA DE FAMILIE.
10. OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE ÎN MEDICINA DE FAMILIE.

detalii și înscrieri on-line: www.medica.ro

Scanned with OKEN Scanner

Maria Cutzarida-Crățunescu – prima femeie medic din România

Raluca Băjenaru

Spre finalul secolului al 19-lea, când țara noastră era încă departe de a oferi femeilor șanse egale la educație cu bărbații, Maria Cutzarida (n. 10 febr. 1857, Călărași - 16 nov. 1919, București) devine prima femeie medic și prima femeie cu titlul de doctor în medicină din România. De numele ei se leagă și începutul mișcării feministe din România, precum și cele dintâi demersuri din domeniul asistenței sociale, prin înființarea primelor creșe de copii din țară. Totuși, prejudecățile sociale au fost permanent o piedică pentru evoluția profesională a Mariei Cutzarida, respinsă de multe ori fără explicații la concursurile de promovare. >>>

Maria a făcut studiile liceale la Școala Centrală din București și la Zürich, unde, în 1877, se înscrie la Facultatea de Medicină. Trecerea de care se bucurau în România absolvenții cu diplome obținute în Franța a fost unul dintre motivele care au determinat-o să se transfere ulterior la Montpellier.

Ziarele bucureștene i-au urmărit evoluția. În „Pressa" apărea un articol cu titlul: „O româncă în străinătate vorbește despre succesele sale la studii", iar un articol publicat în „Românul" îi consemna reușita din Franța: „O româncă, doctor în medicină". Maria Cutzarida a absolvit Facultatea de medicină la Montpellier, dar stagiile de spital și de pregătire a doctoratului le-a făcut la Facultatea de Medicină din Paris. Aici obține titlul de doctor în medicină în 1884, cu teza intitulată „L'hydrorrhee et sa valeur semiologique dans le cancer du corps del'uterus" – Despre hidroreea și valoarea ei semiologică în cancerul corpului uterin.

Pentru a obține libera practică în țară, Maria Cutzarida – căsătorită Crățunescu – și-a echivalat diploma din străinătate, promovând examenul cu „magna cum laude". Interesul său pentru ginecologie poate fi motivat și de faptul că o femeie-doctor ar fi putut fi mai ușor acceptată de colegi și de pacienți, consideră istoricii.

Respinsă repetat în țară pentru posturile de medic

După revenirea în țară, Maria Cutzarida a deschis o clinică particulară. Considerând, însă, importantă practica în spital, cere în 1884 un post de medic secundar la serviciul de „boli ale femeilor" în cadrul Spitalului Brâncovenesc. Cererea i-a fost însă respinsă din motive necunoscute. I s-a oferit in schimb un post de profesoară de igienă. În 1885 reușește să ocupe un post de medic secundar la Spitalul „Filantropia" din București, unde dădea consultații gratuite. Deși s-a pregătit pentru un concurs în vederea obținerii gradului de medic primar ginecolog al secției de consultații gratuite, Maria Cutzarida nu l-a promovat și și-a continuat activitatea la Maternitatea Filantropia.

În 1886, devine șeful catedrei de igienă la Azilul „Elena Doamna". Maria Cutzarida a așteptat mai mulți ani concursul pentru ocuparea postului de medic primar. În 1894, Eforia Spitalelor (forul administrativ al spitalelor din București) modifică, însă, profilul secției unde lucra Maria Cutzarida din ginecologie în chirurgie ginecologică, schimbând și programa concursului. Cutzarida a înaintat un protest în care acuza Eforia de intenția de a desființa secția de ginecologie. Protestul a rămas fără rezultat, iar Maria Cutzarida decide să demisioneze, încheindu-și astfel activitatea spitalicească și începând-o pe cea în domeniul asistenței medico-sociale a mamei și a copilului.

„Societatea Materna" și primele creșe

S-a ocupat de asistența medicală în Fabrica de Tutun din București, îngrijind, între 1885 și 1898, aproape 2.000 de muncitoare. În 1899, înființează prima creșă internă din România care avea să sprijine mamele muncitoare cu copii. În 1898, pune bazele „Societății Materna", în scopul ocrotirii copiilor nevoiași, indiferent de religie, de naționalitate și chiar dacă nu erau legitimi. Inaugurarea primelor creșe din România se datorează Mariei Cutzarida.

În 1904 renunță la cabinetul particular, dedicându-se total „Societății Materna". Spre sfârșitul vieții, a acordat îngrijiri medicale la Institutul și internatul Evanghelic (Spitalul Militar temporar nr. 134), în timpul Primului război mondial. După terminarea războiului, din motive de sănătate, Cutzarida se retrage din activitatea medico-socială. Se stinge din viață la 16 noiembrie 1919, la 62 de ani. <<<

Primele femei în medicina românească

Cea de-a doua femeie care a urmat cursuri de medicină, de data aceasta la Facultatea de Medicină din București, a fost **Olga Secară Tulbure**. Ea și-a început studiile în 1880, când Maria Cutzarida era în anul al III-lea la Facultatea de Medicină din Zurich.

Olga Secară Tulbure și-a terminat însă studiile mai târziu, din cauza unor probleme de sănătate și pentru că redactarea tezei de doctorat a durat mai mulți ani. Astfel, cea de-a doua femeie-medic din România este considerată **Hermina Walch Kaminski** care, deși s-a înscris mai târziu la facultatea din București (1883), a profesat medicina înaintea Olgai Secară, începând cu anul 1887.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

opiniile cititorilor

Vă invităm să ne trimiteţi opiniile dvs. despre revistă la *chestionar.medicaacademica.ro*!

MEDICA ACADEMICA vă pune la dispoziţie o rubrică specială în care vă puteţi exprima deschis opiniile asupra conţinutului editorial. Astfel, ne puteţi semnala subiecte care vă interesează, materiale pe care aţi dori să le regăsiţi în paginile revistei, profesionişti şi fapte despre care merită să scriem. Vă invităm să ne scrieţi pe adresa delia.budurca@tarus.eu. Opiniile dvs, critice sau de apreciere, sunt foarte importante pentru noi deoarece ne pot ajuta să aducem pe piaţa publicaţiilor de specialitate un produs cât mai bun, cu adevărat de excelenţă. >>>

IOANA BADEA,
farmacist,
Braşov
Medica Academica *este o revistă de calitate. Îmi place să o citesc mai ales pentru inverviurile foarte interesante cu oamenii de seamă din cadrul medicinei, şi nu numai.*

OANA MIHAELA CIOBANU,
medicină de familie,
Deva
Medica Academica *este o publicaţie foarte utilă pentru mine, deoarece este o sursă bună de informaţii şi totodată beneficiez de punctele EMC.*

MIRCEA NICULESCU,
pediatrie,
Bucureşti
Este o revistă bună, însă ar fi de bun augur o schimbare în sensul creării unor rubrici speciale pe diferite specializări. În acest fel am putea afla mai multe informaţii care ne interesează strict pentru specializarea pe care o practicăm.

CLAUDIA MANOLE,
ORL, Iaşi
În revista de luna trecută mi-a plăcut foarte mult articolul legat de istoria medicinei în antichitate. A fost foarte interesant!

ADRIAN POPESCU,
oncologie,
Bucureşti
Este o revistă destul de bună, însă dacă ar fi conţinut mai multe noutăţi şi informaţii legate de specializarea mea ar fi fost excelentă.

BMJ

British Medical Journal
Ediția în limba română

Aducem mai aproape experiența medicală internațională

De 16 ani în România!

5 credite CMR/abonament anual
15 credite CMDR/abonament anual
20 ore EMC - Chestionar completat de medici
10 ore EFC/abonament anual

Pentru abonamente vă rugăm contactați:
Georgiana TĂCUTU
georgiana.tacutu@tarus.eu
021 321 0190

Publisher
TARUS Media

www.bmj.ro

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

FORMULAR PENTRU ABONAMENT

Nume.....

Prenume.....

CNP(pt. eliberarea diplomei).....

Instituția.....

Profesia.....

Specializarea.....

Adresa corespondență.....

.....

.....

TARUS Media SRL
B-dul Metalurgiei 78, Sector 4, 041836 Bucureşti
email: alin.seica@tarus.eu, Tel: +40 21 321 0190

Doresc abonament pentru anul 2012

79 RON ☐ Medica Academica

79 RON ☐ British Medical Journal, Ediția în limba română

145 RON ☐ Medica Academica **Pachet special**
British Medical Journal, Ediția în limba română

Plata abonamentului se face în contul
RO08 VBBU 2511 BU05 6055 2701, deschis la Volksbank, Sucursala Apolodor, beneficiar **SC TARUS Media S.R.L.** (CUI: RO18379900)
Va rugăm să trimiteți o copie după mandatul poştal sau ordinul de plată, împreună cu talonul completat, prin poştă, fax sau e-mail.

NEXT EVENTS

TARUS Media
HEALTH EVENTS

6-7 Octombrie 2011, Bucureşti

Chronic Disease & Health Management
ediția a III-a

chronic.tarusmedia.ro

17-19 Noiembrie 2011, Viena

Austria-Romania - Forumul Farmaciştilor
ediția a II-a

www.tarusmedia.ro

Decembrie 2011, Bucureşti

Premiile de Excelență Medica Academica
Sub Auspiciile Academiei Oamenilor de Ştiință din România

www.medicaacademica.ro

8-11 Decembrie 2011, Viena

Danubian Transplant Symposium
ediția a VIII-a

vienna.tarusmedia.ro

Martie 2012, Bucureşti

Costurile şi Calitatea Serviciilor Medicale

Scanned with OKEN Scanner

MEDICA ACADEMICA

CHESTIONAR EMC
septembrie 2011

Florin Mihăltan, Iulia Lunceanu, Armand Râjnoveanu, Ruxandra Ulmeanu

BPOC-ul vârstnicului - un altfel de BPOC?

1. În legătură cu spitalizarea, pentru vârstnicii cu BPOC este adevărat că :
A. Reprezintă o categorie care necesită rareori spitalizare
B. Reinternările pot să nu fie distanţate una faţa de alta decât cu 1-2 luni
C. Cei internaţi şi cu vârsta peste 65 de ani prezintă rareori comorbidităţi
D. Pacienţii provin cel mai adesea din mediul urban
E. Locuiesc frecvent în apropierea unor uzine poluante.

2. Teofilinele retard pot fi utilizate la vârstnicii cu BPOC, efectele adverse cele mai frecvente fiind:
A. Alterarea funcţiei renale
B. Inapetenţa
C. Aritmiile (palpitaţiile)
D. Creşterea transaminazelor
E. Creşterea riscului pentru accidente tromboembolice.

3. Reabilitarea prin exerciţiu fizic moderat şi regulat reprezintă o soluţie utilă în cazul vârstnicilor cu BPOC, deoarece:
A. Creşte apetitul
B. Scade valorile crescute ale transaminazelor
C. Ameliorează mobilitatea pacientului
D. Creşte independenţa pacientului
E. Reduce recidivele.

4. Riscul crescut de evoluţie nefavorabilă a pacienţilor vârstnici cu BPOC este legat de trei factori relevanţi:
A. Limitarea eficienţei efortului de tuse
B. Hipersecreţia de mucus
C. Infecţiile respiratorii
D. Comorbidităţile cardiovasculare
E. Asocierea frecventă a medicaţiei cu AINS.

5. La vârstnicii cu BPOC, factorii incriminaţi în creşterea riscului pentru infecţii respiratorii bacteriene sunt:
A. Hiperventilaţia
B. Funcţia pulmonară redusă
C. Folosirea frecventă a antibioticelor
D. Colonizarea bacteriană a tractului respirator inferior
E. Modificarea subtipurilor bacteriene.

6. Între reacţiile adverse relativ frecvente şi de temut ale terapiei cu antibiotice în cazul exacerbării infecţiei la vârstnicii cu BPOC se numără:
A. Scăderea apetitului
B. Tulburarea tranzitorie a florei bacteriene intestinale
C. Reacţiile alergice severe
D. Diareea
E. Enterocolita cu Clostridium difficile.

Valeriu Lupu

O altă formă de rezistenţă la medicamente – Anticorpii inhibitori antifactor VIII în hemofilie

7. La pacientii hemofilici, secundar introducerii profilaxiei iterative, s-a constatat scăderea treptată a eficienţei administrărilor de factor VIII datorită apariţiei anticorpilor inhibitori antifactor VIII. Soluţiile propuse pentru surmontarea acestui eveniment sunt :
A. Creşterea dozelor de factor VIII
B. Schimbarea căii de administrare
C. Asocierea de corticoizi
D. Creşterea ritmului de administrare a concentratelor de factor VIII
E. Utilizarea terapiei de by-pass prin folosirea factorului VII.

Tudorel Poalelungi, Ion Bordeianu

Dermatoscopia leziunilor cutanate pigmentare melanocitare. Analiza configuraţiei morfologice

9. Dermatoscopia:
A. Reprezintă o metodă care permite diagnosticul melanomului în 100% din cazuri
B. Este o metodă diagnostică utilă numai în stadiile avansate ale melanomului
C. Nu poate fi practicată decât în puţine centre ultraspecializate
D. Are un raport pozitiv eficienţă/cost
E. Permite detectarea precoce a melanomului.

Constantin Ionescu-Târgovişte

90 ani de la descoperirea insulinei: în căutarea cauzei primare a diabetului zaharat

8. În sens larg, viziunea revoluţionară a Profesorului Paulescu privind diabetul zaharat şi relaţia cu insulina a constat în :
A. Identificarea unui hormon hipoglicemiant
B. Dovedirea originii pancreatice a hormonului care iniţial a fost numit "pancreină"
C. Dovedirea rolului exclusiv hipoglicemiant al insulinei
D. Caracterizarea secvenţei de aminoacizi ai hormonului nou descoperit
E. Descoperirea şi afirmarea faptului că "pancreina" are o acţiune complexă, intervenind reglator în metabolismul glucidic, dar şi în cel lipidic şi al proteinelor.

Irina Anca Tănăsescu

Factori de stres implicaţi în profesiile medicale

10. În profesiunile medicale, între factorii de stres legaţi de conţinutul şi condiţiile concrete ale muncii se înscriu:
A. Supraîncărcarea de natură cantitativă şi calitativă
B. Deficienţele în muncă
C. Pericolul fizic şi expunerea psihică
D. Condiţiile ambientale ale muncii
E. Relaţiile profesionale, de exemplu, relaţiile dintre colegi.

Scanned with OKEN Scanner

Nume _____ Prenume _____

Profesia _____ Specialitatea _____

Instituția și adresa _____ Tel: _____

Adresa domiciliu _____ Tel: _____

Data _____ Semnatura _____ Nr.parafă: _____

Loc parafă _____ E-mail: _____

Stimați cititori,

MEDICA ACADEMICA şi Universitatea de Medicină şi Farmacie "Iuliu Haţieganu" Cluj Napoca vă oferă o modalitate simplă şi rapidă de-a obţine 50% din punctajul anual necesar: acumularea, până la sfârşitul anului 2010, a **20 de ore de Educaţie Medicală Continuă (EMC)**, prin parcurgerea articolelor publicate în numărul curent al revistei şi completarea corectă a **fiecăruia** dintre cele 10 chestionare cu răspunsuri multiple (cu o valoare de **2 ore de EMC/chestionar**), inserate în revistă, consecutiv, până la finele anului în curs.

Pentru a participa la program şi a beneficia de punctajul menţionat este necesară contractarea unui abonament pe 2010 la **MEDICA ACADEMICA** şi trimiterea, pe adresa redacţiei, a chestionarului completat (prin poştă, fax sau e-mail).

Certificatul care atestă obţinerea a **20 de ore de EMC** se eliberează la sfârşitul anului, la cerere, după completarea a 10 chestionare consecutive, în care aţi răspuns corect la minimum şapte din cele 10 întrebări.

Autorii chestionarelor îşi rezervă dreptul de-a exclude participanţii care nu au completat corect formularele.

MEDICA
ACADEMICA

A SE TIMBRA DE CĂTRE EXPEDITOR!

DESTINATAR:
Medica Academica
Bd. Metalurgiei 78, cod 041836,
sector 4, BUCUREŞTI
E-mail: chestionare.medica@tarus.eu
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

Scanned with OKEN Scanner